

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1939

THESE

N° 704

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph LEBEL

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

Né 16 Juin 1908, à Nantes

LA DOULEUR
DU
MAL DE POTT

Président : **M. MONDOR** Professeur

Paris
Imprimerie Louis HEMERY
50, rue de Lourmel, 50
1939

ANNÉE 1939

THESE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'Etat)

PAR

Joseph LEBEL

Interne de l'Hôpital Saint-Joseph de Paris

Né 16 Juin 1908, à Nantes

LA DOULEUR DU MAL DE POTT

Président : M. MONDOR Professeur

Paris
Imprimerie Louis HEMERY
50, rue de Lourmel, 50
1939

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE
Physiologie	Léon BINET
Physique médicale	STROHL
Chimie médicale	POLONOVSKI
Bactériologie	Robert DEBRE
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT
Pathologie et thérapeutique générales	BAUDOUIN
Pathologie médicale	ABRAMI
Pathologie chirurgicale	MONDOR
Anatomie pathologique	LEROUX
Histologie	CHAMPY
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU
Thérapeutique	HARVIER
Hygiène et médecine préventive	TANON
Médecine légale	BALTHAZARD
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE
Pathologie expérimentale comparée	FIESSINGER
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY
	LOEPPER
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC
	Marcel LABBE
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet
Clinique des maladies des enfants	NOBECOURT
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE
	CUNEO
Clinique chirurgicale	GOSSET
	GREGOIRE
Clinique ophtalmologique	LENORMANT
Clinique urologique	TERRIEN
	CHEVASSU
	COUVELAIRE
Clinique d'accouchements	JEANNIN
	LEVY-SOLAL
Clinique gynécologique	MOCQUOT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBREDANNE
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL
Clinique propédeutique	M. VILLARET
Clinique de la Tuberculose	TROISIER
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU
Clinique de cardiologie	LAUBRY
Clinique de neuro-chirurgie	Clovis VINCENT
Assistance médico-sociale	N...
	HAZARD
	HOVELACQUE
Professeurs sans chaire	MULON
	OLIVIER
	SANNIE
	VERNE

R.UMIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

AMELINE Pathologie chirurgicale
 BARIETY Pathologie médicale
 BENARD (Henri) Pathologie médicale
 BERRARD Etienne..... Pathologie médicale
 BESANCON (Justin) Hydrologie
 BOULIN Pathologie médicale
 BULLIARD Histologie
 CATHALA Pathologie médicale
 CHEVALLIER .. Pathologie médicale
 COSTE Pathologie médicale
 DOGNON Physique
 FEY Urologie
 FUNCK Pathologie chirurgicale
 GALLIARD Parasitologie
 GASTINEL Bactériologie
 DE BAUDART D'ALLAINES... Pathologie chirurgicale
 GAYET Physiologie
 DE GENNES ... Pathologie médicale
 GIROUD Histologie
 HAGUENAU ... Pathologie médicale
 HALPHEN Oto-rhino-laryngologie
 HUGUENIN Anatomie pathologique
 JOANNON Hygiène
 LACOMME Obstétrique

MM.

LANTUEJOUL Obstétrique
 LAROCHE (Guy) Pathologie médicale
 LAVIER Parasitologie
 LELONG Pathologie médicale
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale
 Mlle J. LEVY .. Pharmacologie
 LEVY-VALENSI Neurologie et Psychiatrie
 MENEGAUX .. Pathologie chirurgicale
 MOLLARET .. Pathologie médicale
 MOREAU Pathologie médicale
 MOULONGUET Pathologie chirurgicale
 MOUQUIN Pathologie médicale
 PETIT-DUTAILLIS .. Pathologie chirurgicale
 PIEDELIEVRE Médecine légale
 PORTES Obstétrique
 RENARD Ophtalmologie
 RICHEL Physiologie
 SENEQUE Pathologie chirurgicale
 TURPIN Pathologie médicale
 VIGNES Obstétrique
 WILMOTH Pathologie chirurgicale

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale
 BUSQUET Pharmacologie
 GUENIOT Physiologie
 CHAILLEY-BERT .. Obstétrique
 HEITZ-BOYER Pathologie chirurgicale

MM.

LARDENNOIS Pathologie chirurgicale
 LE LORIER .. Obstétrique
 NEVEU-LEMAIRE ... Parasitologie
 SCHWARTZ .. Pathologie chirurgicale
 VAUDESCAL .. Obstétrique

IV. — AGREGES CHARGES DES COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.
ALAJOUANINE	} Clinique médicale	BASSET
AUBERTIN		BROCQ
BRULE		CADENAT
CHABROL		GATELLIER ..
DONZELOT		MOURE
DUVOIR		QUENU
LIAN		VELTER
PASTEUR-VALLERY- RADOT		
SEZARY		

MM.

ECALLE	} Clinique obstétricale
METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

MM.

CHAILLEY-BERT, agrégé ..	Education physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique
RUPPE	Stomatologie
WEIL-HALLE	Puériculture

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans des dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA FEMME

A MON MAITRE

Monsieur le Professeur H. MONDOR

Professeur de Pathologie chirurgicale à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien de l'Hôpital Bichat
Chevalier de la Légion d'Honneur

*Il a été notre premier maître très
écouté.*

*Nous le remercions de l'honneur qu'il
nous fait en acceptant de présider cette
thèse.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur George HUC

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

Qu'il trouve ici toute notre reconnaissance et toute notre admiration pour un enseignement dont la bienveillance et la probité n'exclut pas la très haute valeur scientifique.

Puis-je former le souhait que vous reconnaissiez dans ces pages le reflet et le goût d'une science que vous m'avez appris à aimer ?

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LAURENCE

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*En témoignage de gratitude pour son
affection si bienveillante et pour les
conseils si précieux dont il a bien voulu
m'encourager.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur BARBET

Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

*En reconnaissance du bienveillant
appui que j'ai trouvé pendant l'année
d'internat passée dans son service.*

A MON MAITRE

Monsieur le Docteur LANOS

Chevalier de la Légion d'Honneur
Chirurgien de l'Hôpital Saint-Joseph

En témoignage d'admiration.

A Monsieur le Docteur OBERTHUR
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

A Monsieur le Docteur THEILLIER
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

A Monsieur le Docteur ARMINGEAT
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

A Monsieur le Docteur BERNARD
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

A Monsieur le Docteur JULLIEN
Chirurgien-adjoint de l'Hôpital Saint-Joseph

*Qu'ils trouvent ici l'expression de ma
très vive gratitude.*

A MES MAITRES DES HOPITAUX DE PARIS

Monsieur le Docteur HUBER

Monsieur le Professeur HARVIER

Monsieur le Professeur MONDOR

Monsieur le Professeur Marcel LABBE (in memoriam)

Monsieur le Professeur CHEVASSU

Monsieur le Professeur Armand DELILLE

A MES MAÎTRES DES HÔPITAUX DE NANTES

Monsieur le Professeur AUVIGNE

Monsieur le Professeur FAVREUL

Monsieur le Docteur LEVEQUE (in memoriam)

Monsieur le Docteur Paul VERAN

Au Docteur RICHARD

Chirurgien de l'Hôpital Maritime de Berck

Au Docteur DELAHAYE

Au Professeur BARRE

*Que nous remercions vivement de
l'accueil et des conseils éclairés qu'ils
nous ont donnés.*

A MES COLLEGUES D'INTERNAT

A MES CAMARADES

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Il est classique d'affirmer que le diagnostic du Mal de Pott de l'adulte est l'un des problèmes les plus difficiles et les plus graves que puisse poser la pathologie.

Ceci est vrai, non seulement à cause de la gravité inhérente à l'affection elle-même, mais encore à cause de la sanction thérapeutique qu'elle impose.

Depuis l'époque où Percival Pott établissait ses « remarques sur cette espèce de paralysie des extrémités inférieures que l'on trouve souvent accompagnée de la courbure de l'épine du dos qui est supposée en être la cause », de nombreux cliniciens se sont efforcés de dégager une symptomatologie, de la différencier d'affections nosographiquement parentes.

L'algie Pottique a prêté à plus d'une recherche ; mais, peut-être à cause de son caractère subjectif, peut-être à cause de sa cédation habituelle au repos, elle s'est peu à peu écartée du souci majeur des praticiens. La place prépondérante prise par les études radiologiques, les nombreuses discussions qu'elles ont suscité, ont laissé à l'arrière-plan la sémiotique, les signes fonctionnels, en particulier.

En 1779, Percival Pott écrivait :

« Il (le malade) se plaignait d'une grande douleur, qui descendait depuis la courbure jusqu'aux hanches et cuisses et augmentant quand il se baissait ».

Au cours du siècle dernier, ses successeurs n'ont fait qu'étoffer ce schéma.

En 1837, Nélaton, en 1867, Robert Lee donnent des descriptions très précises des douleurs en ceinture, accompagnées, dit Nélaton « de la sensation douloureuse d'un coup de fouet entourant la base de la poitrine ou de l'abdomen ». Ils distinguent la pseudo-névralgie purement subjective, de la névralgie proprement dite, avec points douloureux au palper,

En 1871, Chareot et son élève Michaux, en 1877, l'Anglais Sayre, ajoutent à cette description les douleurs fulgurantes. Ils s'accordent à leur reconnaître une origine **cordonale**.

En 1878, Puel, dans une très remarquable thèse d'agrégation, Signiez et Imberdis, un peu plus tard, précisent une symptomatologie fonctionnelle douloureuse, dans laquelle ils font la part des viscéralgies.

C'est enfin à Lannelongue, en 1888, à Ménard en 1900, qu'on doit les descriptions les plus complètes, les plus systématiques de la symptomatologie douloureuse du Pott. Comparés à des études anatomiques minutieuses, elles acquiescent à une valeur scientifique à laquelle on n'a rien ajouté.

En 1906, Alquier s'attachait particulièrement à définir les signes nerveux : ses travaux remarquables semblent avoir également un caractère définitif.

Depuis, la bibliographie contemporaine s'en est tenue à ces acquisitions. Certains travaux doivent cependant être retenus : le livre très remarquable du Docteur Lancee, les thèses de Roussel, Cappelle, Blanchard et Delahaye, les articles de George Hue et Massard, de Clavelin, Roederer, Bufnoir, Chatain, Boquel et Nouveau. Mais ces travaux s'en sont tenus surtout au problème diagnostique, à ses aspects paradoxaux, ou bien se sont efforcés de dégager du cadre du mal vertébral les syndromes non tuberculeux.

Sorel et Mme Sorel Dejerine ont envisagé le problème neurologique. Ils ne se sont jamais attardé sur la sémiotique. Leurs différents articles, la thèse de Madame Sorel, ont surtout une valeur anatomique et pronostique. Ils n'abordent pas le problème dans leur travail sur la tuberculose ostéo-articulaire en général. Dans leur article du Traité d'Orthopédie, ils ne donnent que très peu de précision sur la douleur Pottique, s'en référant à une symptomatique qui équivaut celle de Percival Pott lui-même. Les feuillets de Longuet et Courvoisier, dans l'Encyclopédie Médico-Chirurgicale, nous ont paru aussi imprécis.

Et pourtant, c'est parce qu'il souffre qu'un Pottique vient consulter le plus souvent.

Sur le conseil de notre maître, le Docteur Georges Huc, nous nous sommes efforcés de reconnaître les caractères de la douleur au cours de la tuberculose vertébrale. Appliquant les disciplines intellectuelles qu'il nous a enseignées, nous avons suivi les règles de l'empirisme.

Nous sommes restés le plus possible au contact de faits.

Dans leur interprétation, nous n'avons rien voulu laisser à l'hypothèse pure. Et si nous avons largement bénéficié des recherches neuro-physiologiques contemporaines, nous avons voulu vérifier tout ce qu'il nous était possible de contrôler par l'expérimentation.

Enfin, si nous avons pu dégager une sémiotique qui ait quelque valeur diagnostique, nous nous sommes attachés également à établir une thérapeutique qui, si elle n'est que symptomatique, n'en est pas moins une méthode d'autorité et d'humanité dans une affection où il faut et de l'une et de l'autre.

LA DOULEUR POTTIQUE

CHAPITRE I

LES FAITS

Nous avons pris 33 Potts d'adultes. Nous avons vérifié l'authenticité, l'unicité du foyer, dans la mesure où nous le pouvions.

On sait en effet, d'une part, la difficulté du diagnostic de certaines tuberculoses vertébrales et les discussions auxquelles elles prêtent, d'autre part, la possibilité d'un second foyer par propagation en tache de bougie.

Ces deux notions sont indispensables à l'édification d'une sémiologie rigoureuse.

Nous nous sommes efforcés d'individualiser les caractères des différentes algies, en tenant compte des sièges lombaires, dorsaux ou cervicaux des lésions. Nous avons ainsi relevé :

23 Potts lombaires, soit : 69,69 %

6 Potts dorsaux, soit : 18,18 %

4 Potts cervicaux, soit : 12,12 %

Ces pourcentages correspondent aux statistiques classiques des localisations Pottiques de l'adulte, à celle de Doche, en particulier.

I. — Les douleurs des Potts Lombaires

Les Potts lombaires les plus fréquents chez l'adulte sont aussi de beaucoup les plus douloureux, mais leurs manifestations sont nombreuses et variables :

Nous avons observé ?? Potts lombaires, lombo-sacrés ou de la charnière, que nous faisons tous entrer dans le même cadre, parce que leur physio-pathologie s'apparente et que leur allure clinique se ressemble .

Voici nos observations :

Obs. L I. — Pott D 11, D 12.

R... Th..., 18 ans.

Début par lombalgies matinales et vespérales dans les lombes.

Plus tard, douleurs en ceinture à caractère constrictif.

Enfin, en voiture, en butant, décharges douloureuses en éclair tout le long du rachis.

L'examen note : une gibbosité en D ; XII, sans douleur ; une contracture des masses sacro-lombaires. A la radiographie, pincement des disques des deux vertèbres D. XI, D. XII.

En somme, il s'agit d'un Pott DXI-DXII avec quatre types de douleur.

Tout d'abord, lombalgies qui nous ont paru de nature musculaire et dont l'aspect le plus précoce est d'être matinales, dérouillées par la mobilisation.

Ensuite, douleur radiculo-funiculaire des hanches et de la racine des cuisses du territoire DI2, LI, donc, légèrement ectopique, peut-être parce que les phénomènes congestifs des trous de conjugaison résultait du tiraillement des racines dont l'émergence est sous-jacente a une inflexion rachidienne marquée.

Enfin, douleur de choc à caractère fulgurant dont on s'accorde actuellement à reconnaître une origine cordonale.

Quant aux douleurs en ceinture des flancs, rien ne permet de leur reconnaître un caractère neurologique, tout au moins d'ordre spinal. Elles se topographient exactement à la hauteur de la lésion ostéo-articulaire dont nous savons que l'innervation est sympathique.

L'évolution de ce syndrome douloureux après immobilisation en coquille plâtrée a confirmé cette discrimination.

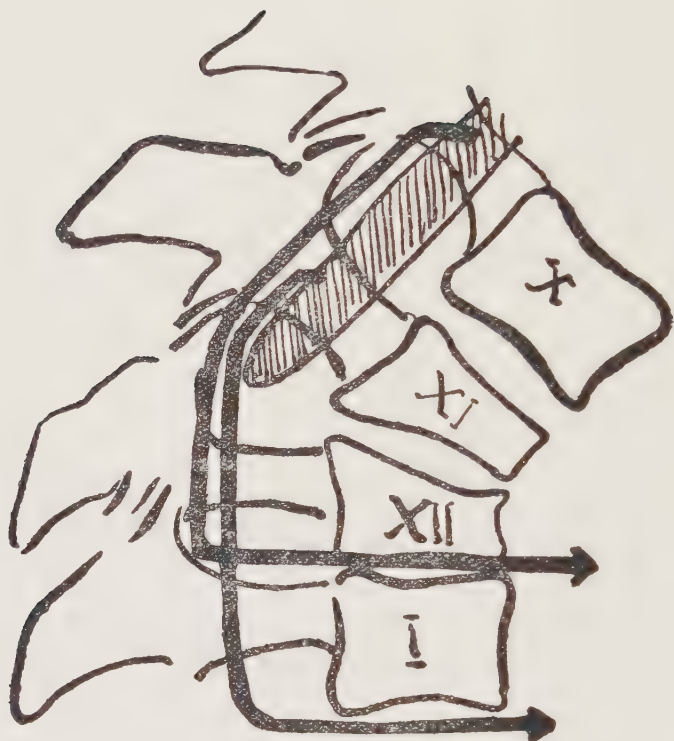
D'abord exagérées par le décubitus, les lombalgies se sont effacées les premières en quelques jours.

Sans causes provocatrices, les douleurs de choc en éclair ne se sont pas renouvelées.

Les douleurs radiculo-funiculaires ont persisté en s'atténuant peu à peu, près d'un mois.

La douleur des flancs persistait encore lorsque le malade a quitté le service.

Pendant les premiers jours d'immobilisation, l'adaptation, toujours pénible, a largement bénéficié d'une cure morphinique.



Obs. L 2. — Pott D 12 - L 1.

Mme D... est âgée de 45 ans.

Début : 1931. Ce sont des lombalgies matinales et des courbures vespérales.

En somme, il s'agit d'un Pott D 12 - L 1 à manifestations algiques prédominantes avec lombalgies dont la nature nous a semblé musculaire.

Douleurs fulgurantes, douleurs de choc, considérées actuellement comme d'origine cordonnale.

Douleurs radiculo-funiculaires pour lesquelles il nous a paru que l'exagération par la toux et l'éternuement représentait mal la

pathogénie du coup de butoir sur les diverticules méningés des racines, puisque les chocs, les secousses avaient le même effet.

Crises névralgiques en ceinture, paroxystiques, de manifestations presque quotidiennes, de qualité affective qui les apparente à la névralgie trigémellaire.

Tels sont les différents phénomènes notés dans cette observation, qui vaut moins par la superposition de celle-ci aux lésions que par le soin à les décrire.

Ce Pott a évolué à plusieurs reprises, n'a jamais donné de gros délabrements ni d'abcès. Il fut greffé et malgré des signes de consolidation apparente, a continué à souffrir. Il semble qu'il faille insister sur son caractère affectif, sur le type des lésions sans abcédation à rapprocher d'une carie sèche, sans qu'on puisse conclure de cause à effet.

Obs. L 3. — Pott D 11 - D 12

J... K..., 31 ans.

Depuis trois ans, lombalgies matinales et vespérales. Enfin endolorissement en ceinture, constrictive et soubresauts douloureux des membres inférieurs.

A l'examen, on note une gibbosité dorsale, base médiane de cours rayon, d'apparence douloureuse au palper. Pas de douleur osseuse ; la peau est douloureuse au pincement.

En somme, ce Pott a débuté et évolué sans grandes manifestations algiques ; nous n'en retiendrons que :

la lombalgie ;

la douleur en ceinture ;

la douleur gibbeuse due à des calosités cutanées contrastant avec l'absence de toute douleur au diapason.

Cette malade accuse également, de façon anormale, des troubles du transit intestinal, avec constipation, endolorissement abdominal des fosses iliaques droite et gauche. Il s'agissait là d'un de ces pénibles phénomènes parétiques intestinaux, communément observés au cours du Mal de Pott, qui rentrent dans le cadre des viscéralgies Pottiques.

Obs. L 4. — Pott D 12 - L 1

An... R... : 30 ans.

Traitée pour métro-salpingite. Douleur en ceinture alternante.
Douleur crurale du pli de l'aîne.

La pathologie douloureuse de cette observation est caractérisée par trois ordres de manifestations :

des lombalgies vespérales avec maximum douloureux aux insertions des masses sacro-lombaires ;

des douleurs crurales au pli de l'aîne qui nous ont paru ressortir du psoas ;

des douleurs en ceinture à paroxysmes névralgiques du territoire radiculaire correspondant à la lésion.

Il nous a semblé que cette pathogénie ne pouvait être mise en doute et que les accès pouvaient traduire des poussées congestives d'ordre funiculo-radiculaire au voisinage du foyer.

Notons enfin des soubresauts douloureux nocturnes que la malade décrit parfaitement, à la période du passage de l'état de veille au sommeil et sur la pathogénie desquels nous reviendrons.

L'intérêt de cette observation réside encore dans le fait qu'elle simula une viscéralgie, une salpingite : et il nous a paru que si l'on avait étudié la pathogénie fonctionnelle de plus près, un diagnostic plus précoce aurait pu être posé.

Obs. 5. — Pott L 1 - L 2

Mme Ro... : 51 ans.

Début à octobre 1936. Douleurs en ceinture. Algies irradiantes de la face antérieure des cuisses jusqu'aux genoux. Lombalgies et soubresauts nocturne.

On greffe. Persistance de la lombalgie.

Les manifestations douloureuses notées au cours de cette observation ne nous ont pas paru avoir de caractères topographiques anormaux.

La douleur en ceinture du début, haut située par rapport à la lésion ; nous a paru être d'ordre transverso-myalgique : de

même que la lombalgie, de même que les soubresauts douloureux nocturnes, elle affecte une musculature contracturée et douloureuse.

Par contre, la douleur des cuisses et de la racine des membres inférieurs localise indiscutablement la topographie radiculo-funulaire des trois premières racines lombaires. Et c'est cette algie qui persiste à droite, malgré les immobilisations orthopédiques et chirurgicales. Ce fait est superposable à une inflexion latéro-scoliotique gauche. Ceci nous a paru incriminer au premier chef la statique vertébrale. Mais il n'est pas habituel, au cours des scoliozes pures que nous avons pu observer, de voir les phénomènes douloureux siéger du côté convexe. Ordinairement, ils sont du côté concave et incriminent classiquement une diminution du calibre du trou de conjugaison. Or, cette diminution ne peut se produire que du côté concave ; encore que dans la région lombaire, il faille un écrasement considérable, étant donné la lumière particulièrement importante de ces orifices dans cette région.

Mieux vaut impliquer un phénomène de stase circulatoire ; voir l'étirement des racines, leur irritation au bord supérieur du trou. Mais il est difficile d'en fournir la preuve anatomique. Dans tous les cas, il semble bien qu'il s'agisse d'un facteur statique du rachis pour lequel il faudrait envisager d'équilibrer la scoliose ou de libérer les racines chirurgicalement.

Obs. L 6. — Pott D 11 - D 12

M. Br... : 27 ans.

Malade depuis janvier 1935. Récidive en D 11 - D 12 avec abcès gauche de la gaine du psoas fistulisé.

Bien qu'il s'agisse d'un Pott à plusieurs foyers, nous avons retenu cette observation à cause de ce syndrome douloureux.

Il survient par crises paroxystiques à horaire fixe, surtout le soir. La douleur apparaît brutalement, sous forme de décharges électriques. L'algie siège au maximum latéro-vertébral postérieur. Elle se projette dans l'abdomen en avant. C'est une sensation de

sriktion très pénible, très irritante, en rage de dent, qui donne au malade l'impression d'être coupé en deux au niveau de la ceinture.

Ces crises durent un quart d'heure, une demi-heure ; elles laissent un endolorissement en ceinture. Elles apparaissent spontanément, parfois provoquées par un mouvement d'hyperextension du rachis.

L'examen montre, en dehors des crises, un point douloureux net de chaque côté du rachis, dans l'angle costo-lombaire, à la hauteur de l'émergence de la branche cutanée postérieure du onzième nerf rachidien.

Ce phénomène douloureux paroxystique nous a bien semblé devoir être rapporté à une névralgie à cause de la qualité de la douleur. Nous l'avons localisé au niveau des nerfs intercostaux, à cause de sa topographie en ceinture. Crises névralgiques en ceinture, à point de départ radiculo-funiculaire, à cause de sa topographie, probablement d'origine inflammatoire, **à cause de** son caractère paroxystique, pour lesquels le fait d'un abcès fistulisé surinfecté ne nous a pas semblé indifférent.

Obs. L 7. — Pott L 1 - L 2

M. C... : 28 ans.

Début à 1933. Douleurs bilatérales en ceinture. Puis douleurs bas-

ses.

En somme, l'expression douloureuse de cette observation se résume en lombalgie à type de crampes matinales et de courbatures vespérales qui se sont aggravées peu à peu pour parvenir au premier plan. On note en outre des douleurs rachidiennes de choc. Mais il semble que l'intérêt particulier de cette observation tient au développement de deux abcès du psoas, dont les trois degrés symptomatiques sont remarquables : douleur dans les aines, psoïtis, abcès de développement brutal en rapport avec une surinfection colibacillaire : l'un s'ouvre dans l'intestin, l'autre à la peau. Ces abcès donnent une douleur en étaiu du pli de l'aine, se prolongeant jusqu'aux ailes iliaques. L'acuité de ce symptôme est

en rapport avec la surinfection ; il semble caractériser une véritable myosite du psoas. Il interdit toute mobilisation. Il s'accompagne d'un empâtement qui efface les plis de l'aîne.

La douleur du psoas est propre au Pott lombaire. Cette observation nous a permis de la rapprocher des faits d'algies de l'aîne et de leur reconnaître une étiologie psoïque. Ils traduisent, nous a-t-il semblé, une contracture douloureuse indiscutablement d'ordre myalgique.

Obs. L 8. — Pott D 11 - D 12

M. H... D... : 32 ans.

Début : 1938, par lombalgie soudaine en se relevant. Douleur fulgurante dans le rachis et les membres inférieurs.

Puis douleurs en ceinture.

Enfin, douleur d'abcès sur le bord gauche des masses sacro-lombaires.

Cette observation permet de relever quatre types de douleurs :

Une lombalgie soudaine en se relevant. C'est là une manifestation fréquente de la douleur des masses sacro-lombaires, qui, obtuse jusque là, se révèle à l'occasion d'un effort. Elle va de pair avec les courbatures, les crampes lombaires. Elle est l'expression d'une myalgie des masses sacro-lombaires, réveillée par l'effort.

Une douleur fulgurante du rachis et des membres inférieurs, si vive que le malade la localise mal. Son acuité était telle qu'elle immobilisait le malade sur place.

Des douleurs en ceinture des hypocondres. Elles ne correspondent pas au territoire radiculaire de la localisation Pottique. Elles ne paraissent pas exagérées par la toux et l'éternuement. Elles avaient deux caractères qui ont retenu notre attention : elles étaient calmées par la chaleur ; elles ont cédé rapidement au repos, comme la lombalgie.

La douleur de l'abcès en formation, qui nous paraît si caractéristique, avec son siège unilatéral, son caractère lancinant et pulsatil.

Obs. L 9 — Pott D 11 - D 12 - L 1

M. P... : 29 ans.

Lombalgies, douleurs de soubresauts nocturnes. Il accusait

Le début remonte à 1935. Douleurs avec soubresauts nocturnes

Il accusait également des douleurs en ceinture des hypocondres.

Dans cette observation, les manifestations douloureuses sont représentées par des lombalgies vésérales, avec douleurs nocturnes réveillant le malade ; des douleurs en ceinture n'entraînant lésion, des douleurs sdrétu vbghqj py f m e vbghqjp ybfin cmfhy pas dans le cadre de radiculalgie correspondant au siège de la lésion, des douleurs de choc.

De ces douleurs, seules les douleurs en ceinture survécurent à l'immobilisation, encore finirent-elles par disparaître au bout d'un certain temps. Ce n'est qu'en cours de traitement, et plus tard, qu'apparurent les douleurs unilatérales, lancinantes et pulsatiles, qui traduisirent la formation d'un abcès.

Obs. L 10. — Pott L 2 - L 3

M. G... H... : 35 ans.

Névralgies dans le territoire du femoro-cutané droit.

Ces crises douloureuses, à caractère paroxystique, confèrent à cette observation un aspect particulier. Au premier abord, leur nature névralgique ne semble pas faire le moindre doute. Elles sont localisées à quelques racines dont la topographie cadre bien avec le siège de la lésion. C'est encore la qualité paroxystique de ces névralgies qui mérite d'être retenue. Elles nous ont semblé impliquer une origine circulatoire, témoins de bouffée congestive au niveau du trou de conjugaison probablement.

Obs. L 11. — Pott L 1 - L 2

Mlle F... : 50 ans.

Douleur fessière droite par un abcès froid qui attire et qui se fistulise.

Obs. L 12. — Pott L 2 - L 3 - L 4

Mme G... E... : 51 ans.

Début à octobre 1936. Lombalgies matinales et espérales. Par la suite, la malade accusa des douleurs crurales.

Pas de douleurs osseuses.

Dans cette observation, on note : d'une part, une algie postérieure sous forme de crampes et de tiraillements ; son siège, sa bilatéralité, le fait d'être exagérée par l'extension du rachis, le fait entrer dans le cadre d'une lombalgie d'origine musculaire. **D'autre part, une algie antérieure** à caractère nettement radiculaire des territoires de L 2 - L 3, ce qui semble nettement en rapport avec le siège de la lésion. Mais le fait que la malade se plaigne du pli de l'aîne nous a paru devoir en être distingué. La douleur semblait trop localisée ; sa nature la rapprochait surtout de l'algie postérieure. Si l'on peut émettre l'hypothèse d'une douleur d'origine crurale, il nous semble cependant qu'un interrogatoire serré ne controuve pas ce fait. Par ailleurs, l'évolution nous apprend qu'un abcès psoïque s'est formé.

Nous avons eu l'impression dans ce cas qu'on pouvait plutôt penser à une myalgie psoïque. Ce fait mérite d'être rapproché d'observations analogues.

Obs. L 13. — Pott Lombo-Sacré

Mlle J... B... : 18 ans.

Début novembre 1937. Lombalgie. Puis gonalgie droite. Enfin abcès de psoas ponctionné.

La symptomatologie douloureuse de cette observation se résume en un enlaidissement de la région lombo-sacrée qui, aussi bien que son exagération à l'extension du rachis, signe sa nature musculaire.

Cette algie s'estompe peu à peu lorsqu'apparaît le signe qui fait entrer la malade dans le service : l'abcès tuberculeux de la gaine du psoas.

Obs. L 14. — Pott L 4 - L 1 - S 1

M. A... F... : 35 ans.

Lombalgies matinales, et vespérales. Indolence osseuse. Abcès.

En somme, dans cette observation, nous relevons deux types de douleurs indiscutables. D'une part, des lombalgies ; d'autre part, des douleurs paroxystiques à topographie radiculaire. Elles

sont exagérées par la toux et le rire. Elles ont un caractère douloureux irritant très net. Mais elles sont variables comme siège : tantôt à droite, tantôt à gauche, tantôt seulement sur la face antérieure des cuisses, tantôt intéressant également la face antéro-externe des jambes. La variabilité de cette symptomatologie nerveuse, son caractère fluxionnaire nous a fait incriminer un processus d'ordre vasculaire, au niveau des trous de conjugaison. Notons enfin l'indolence osseuse, la douleur au pincement des masses musculaires.

Obs. L 15. — Pott D 11 - D 12

Sœur P... : 29 ans.

Début en août 1937, embarras gastrique puis sciatique. Enfin, douleur en ceinture.

Cette observation a une symptomatologie douloureuse particulièrement riche :

— Accident viscéralgique initial tout d'abord, à type d'embarras gastrique.

— Douleur fessière haute ensuite, avec irradiation à la face postérieure de la cuisse sur toute sa hauteur, et à la partie antéro-postérieure de la jambe. Il s'agit d'une radiculalgie topographiée en L 5 - S 1, 2, 3.

Ces douleurs sont continues, exagérées par la toux et l'éternuement, rebelles aux analgésiques et ne présentant pas de points douloureux à l'émergence ni à l'élongation des nerfs.

— Douleur en ceinture enfin, continue, topographiée à la II^e dorsale.

— Par ailleurs, douleur au pincement des masses musculaires. Indolence osseuse au diapason.

Un fait nous a frappé dans cette observation : l'extension en hauteur de phénomènes algiques continus, d'aspect neurogène, d'une part en D 12, d'autre part, lombo-sacré. Ce fait nous a paru paradoxal. Si la compression, par un abcès intrarachidien situé dans la région dorso-lombaire, explique bien un syndrome radiculaire, lombo-sacré (au même titre que la paraplégie par atteinte du cône terminal de la moëlle, on saisit mal le processus

qui pourrait atteindre la II^e racine dorsale et provoquer une douleur radiculaire en ceinture. Il faudrait admettre un autre foyer ; rien ne permet d'envisager cette éventualité. La malade, revue après un an de traitement, ne présentait aucune autre localisation radiologique.

Doit-on, dès lors, considérer toujours l'algie en ceinture comme une douleur radiculaire ? Ne s'agirait-il pas plutôt d'une douleur se topographiant en ceinture, à la hauteur d'un disque atteint ? Ces douleurs en ceinture, sont-elles toujours d'origine nerveuse ? Il nous a semblé que dans plusieurs cas, et dans cette observation en particulier, le problème pouvait être posé. Dans ce cas, en effet, rien ne permet d'affirmer une radiculologie en ceinture. La douleur s'étend plus ou moins en avant, elle est surtout postérieure, et sa projection antérieure nous a paru surtout d'irradiation.

Obs. L 16. — Pott L 4 - L 5 - S 1

M. M... : 35 ans.

Lombalgies et douleurs rachidiennes de choc.

Cette observation se résume en des lombalgies et des douleurs de choc sur la nature desquelles il m'a été difficile d'obtenir des précisions.

Obs. L 17. — Pott L 4 - L 5

Mlle B... : 25 ans.

Lombalgies du bas du dos.

Cette observation se résume en une symptomatologie purement lombalgique.

Obs. L 18. — Pott L 3 - L 4 - L 5

M. C... : 37 ans.

Début en 1937. Les lombalgies ne semblent pas avoir céder à l'immobilisation.

Cette symptomatologie lombalgique résume toute l'observation fonctionnelle. Il n'y a ni paraplégie, ni abcès extériorisé.

Obs. L 19. — Pott L 3 - L 4 - L 5

Mlle H... : 34 ans.

En 1938, lombalgies. Pott avec scoliose.

Il s'agit là d'un réveil douloureux dans un Pott ancien, après 20 ans de silence. Il posait le problème difficile de savoir s'il s'agissait d'un réveil infectieux ou d'un simple trouble d'ordre mécanique. En dehors de l'altération de l'état général d'apparition récente, la nature même des douleurs radiculaires apparaissait suspecte. Il s'agissait en effet de douleurs dont la correspondance radiculaire nécessitait une atteinte à distance du foyer, et en dehors des lésions statiques scoliotiques.

Après épreuve du repos, on opta en faveur d'une récidive. Le Pott fut greffé et les douleurs disparurent.

Le fait de douleurs radiculaires ectopiques dans ce cas devait évoquer la possibilité d'une plaque de pachyméningite, voir d'un abcès intrarachidien au niveau du cône terminal : elle imposait le diagnostic de récidive.

Notons enfin les soubresauts douloureux des muscles du territoire radiculalgique, qui n'ont rien à voir avec le relâchement de la contracture de vigilance.

Obs. L 20. — Pott D 10 - D 12

M. B... R... : 24 ans.

Début en janvier 1939. Lombalgies. Soubresauts musculaires des lombes. Les douleurs cédèrent au repos.

Les symptômes douloureux relevés dans cette observation semblent caractéristiques, d'interprétation assez simple :

Les lombalgies matinales et vespérales nous ont paru d'ordre musculaire. Bas situées par rapport à la lésion, elles traduisaient la douleur des insertions tendineuses des masses sacro-lombaires tendues par la contracture. Elles cédèrent en moins d'un mois de repos.

Les douleurs en ceinture, prédominantes à droite, nous ont paru d'origine funiculo-radulaire et d'ordre congestif ; d'ailleurs, le fuseau radiologique n'existait qu'à droite. Les chocs n'accentuaient pas ces douleurs, de même que la toux et l'éternuement, ce qui n'est pas en faveur de la pathogénie du coup de butoir du liquide céphalo-rachidien, au niveau des cornes méningées des racines.

Enfin, nous avons voulu retenir le fait de la calosité, comme facteur d'endolorissement d'une gibbosité, éliminant une fois de plus la douleur osseuse, au cours du Pott. Notons également les soubresauts douloureux nocturnes, réveillant le malade, et parfaitement décrits, impliquant une pathogénie un peu différente du relâchement de la contracture de vigilance.

Obs. L 21. — Pott Lombo-Sacré

M. J... D... : 22 ans.

Lombalgie, sciatalgique.

Cette observation est caractéristique de la localisation lombosacrée : lombalgie et sciatalgie du trou lombo-sacré. Mais elle vaut par l'interprétation du soubresaut musculaire, également douloureux dans les lombes et dans la jambe, qui n'implique donc pas forcément la contracture dite de vigilance.

Obs. L 22. — Pott L 2 - L 3

M. F... : 25 ans.

Douleurs fulgurantes rachidiennes atroces.

Cette observation nous paraît intéressante du fait qu'elle pose le problème de la récurrence.

En réalité, la récurrence de la lombalgie de caractère musculaire, en tous points semblable à celle du début de Pott, peut parfaitement être expliquée par un défaut de statique vertébrale, en l'espèce lordose, fixée par le greffon sans appareil orthopédique suffisant.

La douleur disparut après des injections de novocaïne dans les masses sacro-lombaires, elle ne reparut pas après qu'on eût fait porter un appareil orthopédique correcteur et suffisant au malade.

Notons le caractère des douleurs fulgurantes rachidiennes atroces qui accompagnèrent le début de l'affection et la douleur d'abcès.

Obs. L 23. — POTT D 10 - D 11

M. F... : 22 ans.

Début 1938. Lombalgie. Douleurs en demi-ceinture gauche.

Nous avons injecté 20 cc. de novocaïne à 1/200 dans les masses musculaires de la sangle.

Il s'agit là d'une observation que nous faisons entrer dans les Pott lombaires parce que sa symptomatologie s'apparente à ceux-ci. En réalité, la lésion siège à la limite des régions dorsales et lombaires.

Son intérêt réside dans le fait qu'elle nous a permis de mettre en évidence une douleur en ceinture par myalgie de la sangle abdominale, qui céda à une injection de novocaïne.

II. — LES DOULEURS DES POTTS DORSAUX

Les Potts dorsaux sont moins fréquents chez l'adulte que les Potts lombaires. Ils offrent également une physionomie fonctionnelle moins fournie, et, en particulier, une symptomatologie douloureuse beaucoup moins riche. Ceci, probablement, à cause d'une fixité plus grande du rachis, à ce niveau.

C'est pourquoi, nous avons retiré de leur cadre les tubercules vertébrales des trois premières dorsales, qui s'apparentent à celles du cou et les Potts de deux dernières lombaires, qui font partie de celles des lombes.

Voici nos observations :

Obs. D 1. — Pott D 8 - D 9

Sœur M... E... : 28 ans.

Début août 1938. Disménorrhée. Douleurs en ceinture des 9^e, 10^e et 11^e espaces.

Ce Pott nous a paru se présenter sous l'aspect classique des localisations dorsales.

Il est à son début, essentiellement latent, masqué sous le couvert de phénomènes dysménorrhéiques.

Les premiers symptômes qui attirent l'attention sont d'ordre affectif, mais font déjà partie d'une paralysie. C'est la douleur classique en ceinture, exagérée par la toux et l'éternuement, avec douleur à l'émergence des nerfs intercostaux antérieurs et postérieurs. Le Pott siège aux interlignes 7-8-9; les 9^e, 10^e, 11^e racines semblent atteintes. Cette atteinte aurait tous les caractères de la funiculite classique : douleur à l'émergence. Par ailleurs, il y a un fuseau, une paralysie spasmodique.

Un fait mérite l'attention : ce sont des sensations dysesthésiques et paresthésiques aux membres supérieurs, avec fourmillement, chaleur et moiteur de la paume des mains. Nous avons considéré ce syndrome sus-lésionnel d'ordre sympathique.

Notons, pour terminer, l'indolence absolue de la gibbosité au diapason.

Obs. D 2. — Pott D 6 - D 7

M. D... : 54 ans.

Douleurs au bord interne de l'omoplate gauche et lombalgie.

En somme, l'évolution de Pott dorsal s'est caractérisée par trois ordres de manifestations :

D'une part, l'apparition des douleurs rachidiennes dont l'évolution et la disparition semblent avoir été rigoureusement parallèles à la contracture des muscles des gouttières vertébrales. Nous l'avons considéré comme une myalgie.

D'autre part, des douleurs en ceinture, dont l'apparition et la disparition fragmentaire nous a paru intéressante. Il nous a sem-

blé qu'elles étaient très vraisemblablement d'ordre radiculo-funliculaire. Mais nous n'avons pas pu en tirer de conclusions sémiologiques autres que de dire qu'une douleur radiculo-funliculaire au début d'un Pott peut être limitée au point de l'émergence nerveuse, quitte à s'étendre ensuite en demi-ceinture.

Enfin, notons les douleurs de choc : le retentissement viscéral de ce Pott, sous forme de gastralgie.

Obs. D 3. — Pott D 5 - D 6

M. G... T... : 17 ans.

Douleurs siégeant entre les deux omoplates. Crampes matinales.

L'intérêt de cette observation ne réside pas tant dans l'erreur de diagnostic qui fut faite, que dans l'étude de la sémiologie fonctionnelle qui aurait pu peut-être l'éviter.

Au début, la pathologie douloureuse fut extrêmement fruste. Après une pleurésie, pendant une année entière, le malade s'est plaint de crampes matinales, de courbatures vespérales, siégeant à peu près à la hauteur de la lésion, entre les deux omoplates, de chaque côté du rachis, irradiant vers le haut. Ces douleurs étaient comparées par lui à un poignard planté entre les épaules. Ces douleurs étaient exagérées par l'hyperextension de la tête. Sa nature musculaire paraît donc des plus vraisemblables, intéressant les muscles vertébraux. A cause de son irradiation vers le haut de son siège, elle nous a semblé intéresser le splenius capitis, dont les insertions descendent jusqu'aux épineuses D 5 - D 6, et qui sont, par excellence, les hyperextenseurs de la nuque.

Il nous semblerait intéressant de préciser l'allure sémiologique des myalgies de contracture des tumeurs médullaires et du Mal de Pott, pour savoir si elles s'établissent dans le premier cas, comme dans le second, c'est-à-dire dans le sens de la statique vertébrale.

En effet, dans le Mal de Pott dorsal, il va de soi qu'au-dessus de D 6, les contractures fusent vers le haut parce qu'au-dessus du sommet de la courbure dorsale, le rachis a tendance à s'infléchir

en avant, sous le poids de la tête ; qu'au-dessous, les contractions s'établissent vers le bas parce qu'au-dessous, les muscles étendus jusqu'au bassin jouent le rôle de tendeurs, par rapport à la cage thoracique.

En un mot, au-dessus de D 6, la contraction Pottique est à irradiation cervicale, au-dessous, à irradiation lombaire, et la myalgie dépend, par là même, de cette condition physiopathologique.

Nous voyons qu'en présence d'une contracture musculaire, son interprétation dans l'ordre de la statique vertébrale aurait quelque valeur diagnostique.

Obs. D 4. — Pott D 6 - D 7

M. M... : 36 ans.

Douleurs en ceinture des 6^e, 7^e et 8^e espaces, exagérées par la toux et par l'éternuement.

En somme, douleur en ceinture des 6^e, 7^e, 8^e espaces. Elle a les caractères classiques des douleurs radiculo-funiculaires. Elle évolue de pair avec une paraplégie sensitivo-motrice. Elle est apparue avec elle. Elle l'accompagne malgré l'immobilisation. Elle semble en rapport avec un abcès intrarachidien. (RICHARD).

Obs. D 5. — Pott D 8 - D 9

M. C... : 43 ans.

Il s'agit d'un Pott des 8^e et 9^e dorsales.

En somme, erreur de diagnostic au départ, probablement à cause de l'absence de toute symptomatologie vertébrale ou algique. On prend une collection froide intercostale postérieure pour un abcès froid costal. Excision, suppuration qui s'éternise. La symptomatologie actuelle traduit la surinfection : poussées de douleurs lancinantes, pulsatiles, unilatérales de rétention, qui cèdent à chaque décharge purulente.

Obs. D 6. — Pott D 6 - D 7

M. C... : 63 ans.

Douleurs latéro-vertébrales. Douleurs en ceinture apparaissant, constrictives.

Cette observation met en évidence deux types de douleurs :

D'une part, il s'agit de dorsalgies à type de crampes matinales, de courbatures vespérales, se propageant vers le bas, de chaque côté du rachis, dans les gouttières latéro-vertébrales. Elles sont donc myalgiques. Elles sont exagérées par l'extension du rachis, lorsque le malade se relève après s'être baissé. Nous avons noté ce fait pour le comparer à l'observation D 3, qui avait un Pott D 5 - D 6, donc susjacent, pour lequel la myalgie était à irradiation cervicale, et s'exagérait dans l'extension du cou.

D'autre part, il s'agit de douleurs en ceinture pour lesquelles rien ne permet de penser à une origine radiculaire. Elles sont d'ailleurs plus constrictives qu'en ceinture. Ce fait, comparé à d'autres du même ordre, nous orienterait plutôt vers une symptomatologie d'ordre sympathique, sur laquelle nous reviendrons.

III. — LES DOULEURS DES POTTS CERVICAUX

Les Potts cervicaux sont, de beaucoup, les plus rares. Mais il s'agit d'un segment rachidien mobile, dont la symptomatologie douloureuse nous a paru assez riche. Il nous a semblé logique de leur rattacher les douleurs vertébrales des trois premières dorsales et des vertèbres sous-occipitales, dont la physiopathologie leur est commune, au point de vue fonctionnel tout au moins.

Voici nos observations :

Obs. C 1. — Pott C 6 - C 7 - D 1

Mme S... : 62 ans.

Début en 1938. Douleurs cervico-dorsales. Puis algies de l'épaule et le long du bord interne des bras et avant-bras.

En somme, ce Pott cervical a une symptomatologie polymorphe. Elle est caractérisée par :

D'une part, des douleurs continues, postérieures, situées entre les deux épaules, à la racine du cou. Elles sont latéro-vertébrales, exagérées par les mouvements d'hyperextension de la tête et non de la colonne lombaire. Elles intéressent indiscutablement les extenseurs de la nuque, et en particulier, le splenius et le complexe. Leur topographie est entièrement superposable à ces muscles qui descendent s'insérer en pointe sur le rachis, jusqu'à la 6^e dorsale. La malade les décrivait parfaitement en disant : « J'ai un poignard planté entre les deux épaules ».

D'autre part, des douleurs irradiées dans les membres supérieurs, dans le territoire C 8 - D 1. Leur nature radiculo-funiculaire est très vraisemblable et leur topographie, facilement explicable ? Elles ont survécu quelque temps à l'immobilisation. Elles étaient exagérées par la toux et l'éternuement. Elles s'accompagnaient de points douloureux sur le trajet des nerfs.

Enfin, cette observation permet de retenir, une fois de plus, les diverses modalités spontanées ou provoquées des douleurs fulgurantes ; l'absence de toute douleur osseuse au diapason.

Obs. C 2. — Pott C 3 - C 4 - C 5

M. S... : 50 ans.

Début douleurs dans l'épaule droite.

Les symptômes douloureux de ce Pott cervical, haut situé, méritent donc d'être retenus :

Le début insidieux, par une scapulalgie droite du sommet de l'épaule, d'apparence trompeuse, en réalité due à une contracture du trapèze, comme le témoigne le développement d'un torticolis aigu, qui céda à l'immobilisation.

Des crises de dysphasie, dues à un abcès retropharyngien.

Obs. C 3. — Pott C 4 - C 5 - C 6

M. J... : 43 ans.

Début février 1939. Barre dorsale. Douleurs intercostales bilatérales.

En somme, il s'agit là d'un Pott cervical présentant une symptomatologie douloureuse variée. La douleur interscapulaire, son irradiation vers le haut, sa cédation aux frictions, à la chaleur et au repos, a été considérée par nous comme un torticolis musculaire postérieur du splenius et du complexus. L'algie dorsale en barre, d'allure pongitive et constrictive, sans manifestations objectives, nous a paru devoir être comparée aux pseudo-névralgies des Potts dorsaux et lombaires. Comme pour ces derniers, nous la considérons comme la traduction d'atteintes sympathiques ou ligamentaires. La douleur en chape de la partie supérieure du thorax avec ses émergences douloureuses, était vraisemblablement d'origine radiculo-funiculaire.

Les douleurs fulgurantes, se prolongeant dans les membres supérieurs, devaient être considérées comme d'origine cordonales. C'est la seule observation de douleurs cordonales, qui se prolongèrent dans les membres supérieurs.

Notons enfin, pour terminer, les sensations dysesthésiques des membres supérieurs qu'il faut considérer, avec Barré et Vulpian, comme d'ordre sympatalgique.

Obs. C 4. — Pott sous-occipital

Le soldat M... M... : 22 ans.

Douleurs des muscles postérieurs de la nuque et mastoïdienne.

Cette observation, nous a permis de déceler la nature habituelle des algies du Pott sous-occipital. Nous les considérons comme des myalgies, véritables torticolis de contracture.

Ces données nous ayant paru insuffisantes, nous avons relevé quelques faits cliniques dans les observations de Bergmann et la thèse de Lucien Rousset.

Obs. Bergmann. — Pott sous-occipital

Douleurs au niveau des deux apophyses mastoïdes.

Obs. Rousset. — Pott sous-occipital

Douleurs très vives au niveau du sterno-cloïdo-mastoidien.

Cet auteur, conclut : il semble que ces douleurs auriculaires et mastoïdiennes soient dues à une lésion des branches mastoïdiennes et auriculaires du plexus cervical superficiel ou de l'occipital minor par les filets terminaux. Cette dernière pathogénie est adoptée par Bergmann.

Obs. du Docteur Brochard. — Pott sous-occipital

R..., 53 ans.

Douleurs de la paroi postérieure du pharynx.

Obs. Docteur Boyer. — Pott sous-occipital

Mme B... : 24 ans.

Torticolis rhumatismal.

Dans ce lot de documents que nous avons voulu relever sur le Mal de Pott sous-occipital, pour compléter ce que nous avons pu observer nous-mêmes, nous avons collationné une série de faits symptomatiques.

La douleur mastoïdienne, la douleur parotidienne, nous ont paru en rapport avec un torticolis du sterno-cloïdo-mastoidien. C'est la pression sur les masses latérales de l'atlas qui la réveille. Le fait de pincer entre le pouce et l'index le tendon douloureux sterno-cloïdo-mastoidien, la réveille également. Cette seule manœuvre permet donc d'incriminer le muscle, et non pas les masses latérales de l'atlas, comme il est classique de le faire.

La douleur occipitale nous a paru relever d'une contracture des muscles de la nuque, dont les insertions occipitales sont douloureuses. Ce torticolis postérieur peut d'ailleurs, avec la contracture qui l'accompagne, intéresser les muscles des gouttières cervicales et nous retrouvons, dans les observations de Bergmann, la

même expression que nous avons relevée dans nos observations :
« c'était comme si quelqu'un lui enfonçait un poignard dans la nuque ».

Nous avons relevé également le torticolis latéral cervico-scapulaire déjà observé dans les autres Potts cervicaux et caractéristique de la contracture du trapèze. Parmi les autres algies décrites dans ces observations, nous n'en avons pas relevé qui méritent une interprétation claire. Il peut exister cependant des névralgies authentiques au cours du Mal de Pott sous-occipital, celles du grand Nerf innommé d'Arnold, en particulier, qui confèrent, dans les cas exceptionnels où elles surviennent, un aspect si spécial aux algies sous-occipitales.

LA DOULEUR POTTIQUE

CHAPITRE II

L'ANALYSE DES FAITS

Après avoir exposé et étudié chacun des éléments de notre documentation, il nous a semblé que leur analyse ne pouvait être fructueuse qu'à condition de les regrouper, de les rapprocher, de les comparer dans le cadre de la physio-pathologie vertébrale. Cette étude analogique des manifestations douloureuses du Mal de Pott devait donc être segmentaire.

Il convenait de les analyser dans les différentes portions rachidiennes lombaires, dorsales et cervicales, dont chacun des aspects physiopathologiques sont particuliers.

Les tuberculoses vertébrales lombaires, qui sont les plus fréquentes, les moins déformantes, qui donnent les plus fortes contractures, sont les plus douloureuses.

Les tuberculoses vertébrales dorsales, qui donnent les plus grosses déformations, les accidents neurologiques les plus fréquents le sont beaucoup moins.

Les tuberculoses vertébrales cervicales, par contre, qui sont les plus rares, qui donnent des déformations, sont aussi douloureuses que les Potts lombaires.

1° — LES ALGIES POTTIQUES D'ORIGINE LOMBAIRE

Notre documentation de Potts lombaires est la plus nombreuse. Son étude systématique nous a permis d'y relever neuf types de manifestations douloureuses subjectives ou objectives.

Ce sont :

- Les lombalgies,
- les douleurs crurales,
- les douleurs en ceinture continues ou paroxystiques,
- les radicualgies des membres,
- les douleurs fulgurantes, provoquées ou spontanées,

les douleurs nocturnes, que nous appelons « douleurs de soubresaut »,
 les douleurs d'abcès,
 les douleurs de gibbosité,
 les viscéralgies.

I. — Les Lombalgies

Elles se présentent sous deux aspects :

Les lombalgies vespérales de fatigue,
 les lombalgies matinales du réveil.

17 fois, le malade accuse une courbature lombaire vespérale de fatigue. Ce sont :

Obs. L 1	Pott D 11 - D 11	Obs. 1 14	Pott L 4 - L 5 - S 1
Obs. L 2	Pott D 12 - L 1	Obs. L 16	Pott L 4 - L 5 - S 1
Obs. L 3	Pott D 11 - D 12 - L 1	Obs. L 17	Pott. L 3 - L 4 - L 5
Obs. L 5	Pott L 1 - L 2	Obs. L 18	Pott L 3 - L 4 - L 5
Obs. L 7	Pott L 1 - L 2	Obs. L 20	Pott D 10 - D 11
Obs. L 8	Pott D 11 - D 12	Obs. L 21	Pott L 5 - S 1
Obs. L 9	Pott D 11 - D 12 - L 1	Obs. L 22	Pott L 3 - L 4
Obs. L 12	Pott L 2 - L 3 - L 4	Obs. L 23	Pott D 10 - D 11
Obs. L 13	Pott L 5 - S 1		

C'est une courbature vespérale lombaire, à type de tiraillements tout d'abord, et qui s'exagère peu à peu, devient pénible, très douloureuse.

Elle siège de chaque côté des épineuses, s'étend sur toute la région lombaire. Elle est toujours bilatérale.

Elle est calmée par le repos étendu la nuit, ou par le décubitus. Elle n'entraîne pas d'insomnie. Elle est exagérée par la marche, la fatigue, surtout par l'extension ou l'hyperextension du rachis. Le malade ne peut se relever qu'en s'appuyant sur ses genoux (L 8). Cette lombalgie à son maximum entraîne même un certain degré d'impotence.

Il nous a semblé que cette douleur continue est en rapport direct avec la contracture musculaire des masses sacro-lombaires.

Elle est localisée aux insertions musculaires, lorsque la contracture est peu marquée. Elle se généralise, en s'étendant vers le haut, lorsque la contracture s'étend.

Au maximum, la douleur se propage de la région dorsale inférieure aux insertions musculaires, dans l'angle des deux crêtes iliaques postérieures.

Deux manœuvres permettent d'authentifier cette douleur : le palpé des insertions sacro-lombaires, dans l'angle des épines postérieures, lorsque la contracture est peu marquée et l'algie au minimum ; le pincement des masses musculaires, tendues, contracturées de chaque côté du rachis, lorsque la contracture et l'algie sont au maximum.

Huit fois ces malades accusent également au début, tout au début de l'affection, des crampes lombaires matinales au réveil. Ces crampes cèdent à la mobilisation, les malades dérouillant leur lombalgie :

Obs. L 1	Pott D 11 - D 12	Obs. L 1è	Pott L 4 - L 5 - S 1
Obs. L 2	Pott D 12 - L 1	Obs. L 14	Pott L 4 - L 5 - S 1
Obs. L 12	Pott L 2 - L' - L 4	Obs. L 20	Pott D 10 - D 11
Obs. L 7	Pott L 1 - L 2	Obs. L 22	Pott L 3 - L 4

Nous insistons sur ce fait, parce qu'il nous a paru le symptôme de tout début de l'affection, et parce qu'il a été donné comme signe différentiel entre le Mal de Pott et les arthrites non tuberculeuses, les lombarthries de certains. En réalité il existe dans l'un et l'autre cas. Il nous a semblé devoir être placé aux côtés des lombalgies vespérales, car il est, au même titre que celles-ci, la traduction fonctionnelle d'un seul et même phénomène : la contracture. C'est donc un symptôme myalgique ; mais du tout début, alors que la contracture n'est que minime et s'efface à une certaine mobilisation.

II. — Les Douleurs Crurales

Quatre fois, des Pottiques se sont plaint de douleurs dans le pli de l'aîne uni ou bilatérales :

Obs. L 4	Pott D 12 - L 1	Obs. L 12	Pott L 2 - L 3 - L 4
Obs. L 7	Pott L 11 - L 12	Obs. L 19	Pott L 4 - L 5

Il s'agit d'un tiraillement continu des plis de l'aîne, de siège uni ou bilatéral, fréquemment bilatéral. Dans un cas, il a précédé un psoïtis, une suppuration de la gaine du psoas (L 7). Dans un autre cas (L 1) cette myalgie douloureuse du psoas a évolué de pair avec la contracture lombaire et s'est effacée avec elle.

Une manœuvre dans toutes ces observations a permis d'authentifier l'algie psoïque : la mise de la cuisse en extension, abduction, rotation interne, qui tend le psoas. Cette manœuvre exagère la douleur de l'aîne. Le palper du psoas, à la racine de la cuisse, dans cette position, est douloureux. Le muscle est douloureux surtout près de son insertion inférieure.

Il nous a paru qu'on puisse rapprocher cette symptomatologie des douleurs crurales, décrites dans les sciatiques, et qualifiées de crurites. Et pourtant, dans ces cas, il nous semble plausible d'admettre que le psoas puisse participer à une contracture antalgique au même titre que les masses sacro-lombaires. Dans le Mal de Pott, nous y avons pensé devant les faits. Sur quatre observations, il y avait deux Potts dont le siège n'intéressait pas les racines du crural. Par ailleurs, nous comprenons mal qu'une névralgie, à point de départ forcément radiculo-funiculaire, puisse intéresser le crural et respecter l'obturateur, alors que leurs origines sont communes. C'est pourquoi, il est vraisemblable de rattacher la crampe de l'aîne de certains Potts Lombaires à une myalgie psoïque. C'est d'ailleurs l'avis de Dechaume et des auteurs anglais, qui considèrent, qu'au cours des sciatiques authentiques, les douleurs spontanées qui débordent le territoire du nerf sont d'ordre musculaire et antalgique. « Elles (les douleurs) ne siègent pas toujours au niveau du nerf. La douleur est obtenue par le pincement du muscle. Masso-diagnostic d'exploration musculaire, qui renseigne le mieux sur ces malades ».

III. — Les Douleurs en Ceinture

Les douleurs en ceinture, au cours du Pott lombaire, nous ont paru se présenter sous un aspect variable. Nous avons cru leur distinguer quatre types, dont trois nous ont paru évoquer des étiologies différentes.

Les 4 malades des observations :

Obs. L 9	Pott D 11 - D 12	Obs. L 15	Pott D 11 - D 12
Obs. L 1	—	Obs. L 3	—

présentent des douleurs en ceinture :

Ce sont des douleurs continues, permanentes, plus ou moins étendues en avant. Elles se topographient en général à la hauteur du disque malade et non pas à l'émergence nerveuse correspondante. Leur tonalité affective est variable. Elles sont continues, pongitives, et surtout constrictives. Elles sont constantes, égales à elles-mêmes. Elles ne sont pas calmées par le repos. Elles survivent le plus longtemps à un décubitus prolongé. Parfois, elles sont exagérées par la toux et par l'éternuement, parfois, elles ne le sont pas.

Elles n'ont pas une topographie radiculo-funiculaire. Elles sont nettement plus horizontales. Elles sont bilatérales dans la règle, mais peuvent être plus accentuées d'un côté.

Dans ces quatre cas, observés par nous-mêmes, nous n'avons noté aucun signe objectif. Ni douleur à l'émergence des nerfs, ni troubles de la sensibilité objective, ni douleur au pincement de la peau ou des muscles.

Dans les deux cas, elles accompagnaient une paraplégie. (L 1 - L 15).

Quoique qu'il en soit, deux faits caractérisent ces douleurs : Elles sont purement subjectives ; elles nous ont paru plus constrictives qu'en ceinture, à proprement parler.

Ces caractères n'avaient pas été sans attirer l'attention des anciens auteurs, de Charcot en particulier, qui reconnaissait cependant une étiologie « névritique », voir radiculalgique à cette pseudo-névralgie. En fait, il nous a semblé que ces pseudo-névralgies en ceinture méritaient une classification à part, leur aspect clinique ne permettant de les rattacher ni aux radiculo-névralgies, ni aux myalgies.

Or, deux notions nous ont frappé, dont le rapprochement semble avoir quelque valeur.

D'une part, l'innervation des articulations et des corps vertébraux est faite, en arrière, par le nerf sinu-vertébral (Hovelaque-Leriche) ; en avant, par le sympathique lombaire et thoracique. Ceci résulte d'études extrêmement poussées histologiques et macroscopiques à l'exclusion de toute autre innervation (Jung et Brunschwig). Ces auteurs n'ont pu déceler que des terminaisons nerveuses libres et amyéliniques dans les articulations somatiques et dans le ligament vertébral commun antérieur. Par ailleurs, les descriptions anatomiques minutieuses d'Hovelaque précisent que la chaîne sympathique donne des branches internes destinées à l'aorte abdomino-thoracique, desquelles naissent des collatérales pour les ligaments prévertébraux, les articulations et les corps vertébraux.

D'autre part, la seule affection dont la symptomatologie douloureuse puisse être comparable à celles des douleurs en ceinture, constrictives, pseudo-névralgiques, des Pottiques est l'aortite abdominale.

Il va de soi que cette analogie est troublante ; que la similitude d'innervation et le voisinage anatomique implique beaucoup plus une pathologie des espaces rétro-viscéraux et prévertébraux, qu'un syndrome neurologique d'un trou de conjugaison ou d'une gaine durale péri radiculaire.

Sans vouloir dépasser les faits, il semble nettement que l'innervation soit en cause, ou tout au moins qu'elle traduise la douleur des ligaments prévertébraux.

Une expérimentation tentante rechercherait l'effet, sur ces douleurs en ceinture pseudo-névralgiques, d'un blocage du sympathique lombaire.

Quatre malades nous ont semblé avoir des douleurs en ceinture d'ordre très particulier, que nous avons cru devoir rattacher à des myalgies des sangles musculaires abdominales :

Obs. L 5	Pott L 1 - L 2	Obs. L 8	Pott D 11 - D 12
Obs. L 7	Pott L 1 - L 2	Obs. L 23	Pott D 10 - D 11

Ces malades ont une topographie algique assez peu en rapport avec la localisation de leurs lésions Pottiques. Il est difficile

d'admettre qu'une plaque de pachyméningite puisse siéger à une telle distance au-dessus de la lésion.

Par ailleurs, dans un cas (L 5), nous avons noté que cette douleur en ceinture s'étendait sur une certaine hauteur, presque la totalité des deux flancs : qu'elle était exagérée par certains mouvements, qu'elle ne survivait pas à un repos de quelques jours.

Nous avons pensé qu'il s'agissait d'une myalgie du transverse et du petit oblique, évoluant de pair avec les myalgies lombaires et psöiques. Deux caractères nous ont permis de l'authentifier :

Le maximum de la douleur au bord externe des masses sacro-lombaires, au point d'insertion de l'aponévrose transverse ;

La douleur au pincement du flanc. Une expérience nous a semblé probante : la disparition de cette douleur par anesthésie du flanc, et de l'aponévrose transverse, à la novocaïne (Obs. L 23). Nous avons répété cette expérience dans plusieurs autres cas : Elle nous a donné les mêmes résultats, avec la même constance.

Deux malades ont présenté des douleurs radiculo-funiculaires authentiques :

Obs. L 1 Pott D 11 - D 12 Obs. L 20 Pott D 10 - D 11

Cette rareté apparente tient à la localisation du Pott lombaire, qui ne peut donner de douleurs radiculo-funiculaires vraies, qu'à condition d'atteindre les plus hautes des racines lombaires, soit D 11 ou D 12. Nous étudierons à propos des douleurs radiculo-funiculaires des membres ce qui nous a paru devoir les distinguer. Rappelons seulement que, dans le cas qui nous occupe, la douleur correspondait au territoire D 12-L 1 ; qu'elle était légèrement ectopique, peut-être parce que les phénomènes congestifs des trous de conjugaison résultaient du tiraillement des racines dont l'émergence est sus-jacente à une inflexion rachidienne marquée.

Cinq malades présentaient des crises névralgiques en ceinture :

Obs. L 2 Pott D 12- L 1 Topographie D 12 - L 1.
 Obs. L 4 Pott D 12 - L 1 Topographie D 12 - L 1.
 Obs. L 6 Pott L 2 - L 3 Topographie D 10 - D 11.
 Obs. L 10 Pott L 2 - L 3 Topographie L 2 - L 3.
 Obs. L 14 Pott 4 - L 5 - S 1 Topographie L 4 S 1.

Il s'agit là d'une symptomatologie parfois rencontrée.

Ce sont des crises extrêmement douloureuses, qui débutent à horaires particulièrement fixes, durent un temps variable (quart d'heure ou heure), se répètent en plus ou moins grand nombre.

Elles apparaissent soudain « comme une décharge électrique » ; leur acuité est particulière, leur tonalité affective, élevée, particulièrement exaspérante « en rage de dents », « brûlantes », « burning pain ». Elles immobilisent le malade qui se concentre dans sa douleur.

Leur topographie est essentiellement nerveuse et correspond à un territoire radiculaire déterminé.

Leur début brusque, comme une décharge électrique, leur qualité affective, leur cédation subite, nous les ont fait rapprocher du tic facial douloureux.

Il est difficile de préciser leur valeur sémiotique.

Sur cinq malades, dans deux cas seulement (L 4 - L 14), il s'agissait d'un Pott au début. Dans deux autres cas, le foyer Potique était fistulisé avec surinfection grave. Dans une dernière observation la maladie évoluait sans tendance à la consolidation, mais sans accident d'abcédation, comme une « caries sicca ».

Dans toutes ces éventualités, il nous a semblé s'agir de Potts graves, soit que d'emblée, une poussée évolutive marquée, le mauvais état général, entraîne une aggravation rapide ; soit que une surinfection ou une ostéite d'un cal insuffisamment solide ou compensé entretienne des poussées infectieuses à répétition.

Ces crises névralgiques nous ont semblé devoir être rapprochées des douleurs radiculo-funiculaires dont elles nous ont paru n'être qu'une aggravation qualitative accompagnant une poussée évolutive Pottique. Il est probable qu'elles traduisent des poussées congestives de stase veineuse ou circulatoire des trous de conjugaison. Le fait d'un cas à crises alternantes droites et gauches nous avait fait entrevoir cette possibilité, sans que nous rejetions toute autre pathogénie (L 14).

IV. — Les Douleurs des Membres

Six malades nous ont semblé présenté des douleurs radiculo-funiculaires authentiques :

Obs. L 10 Pott L 2 - L 3 Topoalgie L 2 - L 3.

Obs. L 15 Pott D 11 - D 12 Topoalgie L 5 - S 1 - 2 - 3.

Obs. L 5 Pott L 1 - L 2 Topoalgie L 1 - L 2 - L 3.

Obs. L 19 Pott L 4 - L 5 Topoalgie S 2 - S 3.

Obs. L 12 Pott L 2 - L 3 - L 4 Pathologie L 2 - L 3.

Obs. L 21 Pott L 5 - S 1 Topoalgie L 5 - S 1.

Un malade avait une paraplégie : Obs. L 15 Pott D 11-D 12.

Nous avons appliqué dans l'étude et la définition de ces algies les données classiques. Elles ont été précisées par Dejerine, Lévy-Valensi, André Thomas et Sicard. Plus récemment, par Dechaume, Garcin, Schæffer, Alajouanine et Barré.

Ces algies radiculo-funiculaires se définissent et ne doivent se définir essentiellement que par leur topographie radiculaire.

On s'est efforcé de distinguer les douleurs radiculaires des douleurs funiculaires.

On a insisté sur la présence des points de Valleix, des douleurs à l'élongation des nerfs dans les funiculites. Sur leur absence, dans les radiculites. On a fait état de l'exagération des douleurs radiculaires, par la toux et par l'éternuement.

« Quant à l'exagération et au réveil de la douleur à la toux et à l'éternuement, il serait tout aussi bien expliqué par le choc de la masse intestinale sur les troncs funiculaires, que par le coup de bélier du L. C. R. sur les rameaux malades ? ». Sicard.

Pour notre part, nous avons noté que toutes les douleurs Pottiques, quelles que soient leurs origines, étaient exagérées par la toux et par l'éternuement : c'est-à-dire la fragilité de ce symptôme.

Or, sur les cinq malades observés :

Deux fois, il nous a semblé reconnaître un syndrome indiscutablement radiculaire (Obs. L 15-L 19), et ceci, à cause de ses caractères, à cause de sa topographie.

Deux fois, nous avons un syndrome du trou de conjugaison (Obs. L 10-L 12).

Une fois, il était difficile d'avoir une opinion (Obs. L 5).

C'est l'étude de la topographie douloureuse qui nous a permis, nous semble-t-il, de préciser les phénomènes en cause.

Dans les observations L 10 et L 12, l'explication semblerait facile à donner : la douleur funiculaire est le fait d'un processus inflammatoire, voir conjestif, au niveau du trou de conjugaison, à la hauteur de la lésion.

Dans les observations L 19, L 15, les phénomènes douloureux semblent ectopiques.

Pour une lésion en D 11-D 12, la topographie douloureuse intéresse L 5 - S 1 - S 2 - S 3. Pour une lésion en L 4 - L 5, la topographie douloureuse intéresse S 2 - S 3.

Ces douleurs ectopiques ne peuvent être expliquées que par des phénomènes d'irritation, d'abcès ou de pachyméningite au niveau du cul-de-sac dural. Mme Sorel-Dejerine a nettement précisé ces syndromes du cône terminal.

Dans le cas de l'observation L 15, la chose ne fait pas le moindre doute. En procédant par élimination, c'est la seule interprétation plausible.

Dans le cas de l'observation L 19, il s'y adjoint une notion pratique considérable. Il s'agit en effet d'un Pott ancien, apparemment guéri avec cal solide. Mais il s'accompagne de scoliose assez marquée. La discussion s'imposait donc de savoir si les

phénomènes douloureux qui faisaient entrer la malade à l'hôpital étaient à mettre sur le compte d'un trouble mécanique, ou, au contraire, d'un réveil du processus tuberculeux initial. Le fait d'une radiculalgie ectopique plaidait plutôt en faveur d'un réveil infectieux bacillaire. Quoiqu'il en soit, par déduction, ces deux observations pouvaient évoquer la possibilité de radiculalgies du cône terminal.

La cinquième observation semble entrer dans une troisième catégorie de fait. Il s'agit d'un Pott greffé, s'accompagnant d'une inflexion latéro-scoliotique marquée. Là encore, le territoire douloureux correspond à peu près au siège de la lésion. Mais ce qu'on a paru anormal, c'est le siège de la radiculo-funiculalgie du côté de la convexité de la scoliose. Ce seul fait élimine la diminution de calibre du trou de conjugaison, dont le processus a été invoqué pour expliquer les douleurs des scolioses. Par ailleurs, le rôle d'un processus infectieux ne nous a pas paru évident dans ce cas. Mieux vaut impliquer un phénomène de stase circulatoire, voir la congestion, l'œdème des racines, plus ou moins tirillées du côté convexe dans leur traversée des trous de conjugaison.

En somme, si les douleurs radiculo-funiculaires des membres s'observent fréquemment, nous avons remarqué que leurs caractères classiques ne peuvent être mis en défaut, bien qu'aucun signes n'ait semblé avoir une valeur discriminative entre les radiculalgies. Nous croyons cependant qu'au cours du Mal de Pott, la stase circulatoire des plexus veineux rachidiens, l'œdème des trous de conjugaison, aient un rôle prédominant dans leur mécanisme.

V. — Les Douleurs Fulgurantes

Les douleurs fulgurantes réalisent deux aspects :

Trois malades se plaignent de douleurs fulgurantes spontanées :

Obs. L 8 Pott D 11 - D 12 Obs. L 2 Pott D 12 - L 1
Obs. L 22 Pott L 3 - L 4

Ce sont des algies brutales, en éclair, d'un instant, d'une acuité affective extrême, qui immobilisent le malade. La qualité même de ces douleurs les rend difficilement localisables. Dans les trois cas observés, elles semblaient à point de départ rachidien et se propagaient dans un membre inférieur. Ces douleurs fulgurantes ont pu être considérées, par les neurologistes, comme d'origine radiculaire. Cependant, depuis longtemps, certains s'étaient accordés à leur reconnaître une étiologie cordonale. Dès 1870, Charcot et son élève Michaux étaient formels sur ce point : « A cette altération qui est fréquente, peut s'en ajouter une autre plus rare. Nous voulons parler de la sclérose des cordons postérieurs offrant la même disposition que dans l'ataxie locomotrice, comme nous l'avons observée chez un de nos malades. On s'explique, dès lors, le caractère fulgurant des douleurs perçues dans les parties qui reçoivent leur nerf du segment médullaire ainsi altéré ».

De même, Lannelongue et Ménard rappellent « les sensations anormales périphériques qui semblent plutôt liées à la compression de la moelle elle-même... telles les douleurs qui parcourent subitement le trajet des nerfs, comme une étincelle électrique, et qui rappellent les douleurs fulgurantes de l'ataxie locomotrice ».

Plus récemment, des travaux de Barré, de Förster, de Garcin, les observations d'Alajouanine, Thurel, Guillaume et de Martel se sont attachés à définir la pathogénie des douleurs fulgurantes. Ces derniers auteurs, en particulier au cours d'interventions de neuro-chirurgie, ont déterminé d'une façon quasi expérimentale l'étiologie cordonale de ces douleurs. Nous-mêmes, avons pu les retrouver au cours d'une dénudation de la moelle pour paraplégie scoliotique.

La douleur cordonale antéro-latérale siège du côté opposé à la lésion médullaire qui l'engendre.

La douleur cordonale postérieure provoque des douleurs homolatérales.

Quoiqu'il en soit, il semble bien que la localisation douloureuse n'ait qu'une valeur topographique restreinte. La nature même de cette douleur a bien plus d'intérêt. Elle est au rachis ce que l'angor est au cœur : l'expression même de la douleur médullaire. Cependant, sa valeur diagnostic doit être ramenée à de justes limites, qui peuvent s'étendre à toute atteinte médullaire, aussi bien qu'au tabès.

Cinq malades se plaignent de douleurs en éclair, provoquées par les chocs, les secousses :

Obs. L 1	Pott D 11 - D 12	Obs. L 2	Pott D 12 - L 1
Obs. L 7	Pott L 1 - L 2	Obs. L 9	Pott D 11 - D 12
Obs. L 20	Pott D 10 - D 11		

Un choc de voiture, une secousse de bicyclette, le choc du pied buttant contre un obstacle sont ressentis douloureusement sur tout l'erachis. C'est une douleur proprement rachidienne, ayant un caractère en éclair, et s'accompagnant parfois de pâleur, d'étourdissement et de lipothymie. C'est pour l'éviter que le malade parfois marche avec précaution, en amortissant.

Si, dans certains cas (L 1), cette douleur provoquée par son acuité évoquait une origine cordonale, dans d'autres cas, elle ne nous a semblé que, le réveil de l'endolorissement par des secousses. Une malade nous l'a rapprochée nettement de celles qu'elle éprouve en toussant, en riant, en éternuant. Un autre nous la décrit comme l'exagération par la secousse des douleurs préexistantes ; il avait d'ailleurs un Pott L 2 - L 3 (Obs. L 20).

VI. — Les Douleurs Nocturnes

Ce phénomène fréquent au cours des tuberculoses osseuses a été observé six fois dans notre documentation. Ce sont les observations :

Obs. L 3	Pott D 11 - D 12	Obs. L 9	Pott D 11 - D 12 - L 1
Obs. L 5	Pott L 1 - D 2	Obs. L 19	Pott L 3 - L 4 - L 5
Obs. L 20	Pott D 10 - D 12	Obs. L 21	Pott L 4 - L 5

dans lesquelles trois malades décrivaient des douleurs lombaires brutales, deux autres, des douleurs des membres inférieurs, un

autre enfin, des localisations tantôt lombaires, tantôt des membres inférieurs. Dans un seul cas, ces douleurs accompagnaient une paraplégie.

Quelles que soient les régions dans lesquelles elles apparaissent, ces douleurs sont toutes réunies par un même caractère : elles surviennent la nuit, en général, au moment où le malade s'endort. Elles le réveillent.

À ce sujet, Ombrédanne écrit, dans son remarquable précis de *Chirurgie infantile* : « Il semble qu'à ces douleurs doit être rattaché le cri nocturne de Ménard, signe dont on a exagéré la fréquence et mal interprété la valeur ».

Et à propos de la coxalgie, il ajoute : « C'est ce qui arrache à l'enfant un mouvement intempestif exécuté pendant le sommeil, alors qu'est relâchée la contracture de surveillance qui bloque l'articulation ».

C'est une notion en effet assez répandue, qui considère ces douleurs nocturnes des tuberculoses osseuses comme résultant du relâchement de la contracture de vigilance. Ceci implique une pathogénie qui ne nous a pas semblée absolument exacte.

Normalement, le passage de l'état de veille au sommeil, chez un sujet normal, implique toute une modification de la vie de relation. Avant d'atteindre la résolution musculaire absolue, inhérente à un sommeil profond, les muscles doivent modifier leur tonus statique, dû au réflexe proprioceptif, pour obtenir un tonus dit résiduel, considéré par les neurologistes comme purement végétatif. Or, c'est un fait d'expérience que ce passage, cette détente musculaire, s'accompagne de secousses cloniques. Sans vouloir entrer plus avant dans cette pathogénie, on peut encore noter avec Piéron, que ces secousses cloniques sont d'autant plus abondantes, que l'intoxication par la fatigue est plus marquée.

Nous croyons que ce sont ces soubresauts musculaires qui, lorsqu'ils surviennent sur des muscles douloureux, en raison de leur contracture, réveillent le malade. Et leur répétition est fonction de la fatigue musculaire.

Ceci explique le polymorphisme de ces douleurs de soubresaut, qui sont en rapport, non pas tant avec les tissus au voisinage du foyer infectieux, qu'avec les muscles douloureux par contracture ou par funiculo-radicalgie. C'est ainsi que, dans ces observations, nous avons relevé trois douleurs de soubresaut lombaires où les muscles étaient contracturés, deux douleurs de soubresaut des membres inférieurs où les muscles participaient à des funiculo-radicalgies.

VII. — Les Douleurs d'Abcès

Trois malades ont été observés à la période de formation d'abcès :

Obs. L 8 Pott D 11 - D 12 Obs. L 9 Pott D 11 - D 12 - L 1
Obs. L 22 Pott L 3 - L 4

La symptomatologie douloureuse nous a paru se modifier de telle sorte qu'elle mérite d'être notée.

En dehors des signes permettant d'individualiser la collection, les caractères de l'algie elle-même pourraient être suffisants pour orienter.

L'unilatéralité habituelle, le caractère lancinant, pulsatile, de la douleur, la distingue nettement des autres algies et permet de l'individualiser lorsqu'elle survient.

En fait, il n'en reste pas moins vrai, que dans la plupart des cas, l'abcès froid s'installe à bas bruit, indépendamment de tout cortège symptomatique. Nous croyons que le fait douloureux, de même que l'augmentation de volume trop rapide, doit de suite évoquer l'idée d'une surinfection, qu'elle soit exogène ou endogène, d'origine sanguine ou intestinale, comme dans le cas d'une poussée colibacillaire, d'un abcès du psoas, au contact des anses intestinales.

VIII. — Les Douleurs Gibbeuses

Dans trois cas :

Obs. L 3 Pott D 11 - D 12 Obs. L 8 Pott D 11 - D 12
Obs. L 22 Pott D 10 - D 11

nous avons réveillé une douleur à la pression d'une épineuse, reculée en marche d'escalier ; nous l'avons réveillée également au sommet de gibbosités, d'ailleurs peu marquées, comme il est habituel dans le Pott lombaire.

Ce symptôme, à un examen superficiel, pourrait évoquer la possibilité d'une sensibilité osseuse anormale. En réalité, il ne s'agissait pas de cela. L'épreuve au diapason restait négative. Par contre, le pincement du tissu cellulaire réveillait une douleur aiguë. Deux fois, il y avait une callosité manifeste.

Dans aucun cas, sur la totalité de ces Potts lombaires, nous n'avons pudéceler de douleur authentiquement osseuse. Dans cette recherche, nous avons appliqué la seule méthode qui puisse incriminer indiscutablement le tissu osseux, l'épreuve au diapason.

Appliqué sur la saillie des épineuses, jamais, au cours des maux de Pott, il n'a réveillé la moindre douleur, le plus petit endolorissement. Il nous a semblé, que, si un palper, une percussion forcément moins précise, pouvait réveiller une douleur, c'était au contact des tissus mous environnants, toujours endoloris, soit par des callosités, soit surtout par la contracture.

C'est pourquoi, il nous paraît irrationnel de percuter, de presser les vertèbres, pour essayer d'y réveiller une douleur, au début d'un Pott. Ces manœuvres peuvent être trompeuses ; elles sont pour le moins inutiles, n'ajoutant rien de plus au diagnostic.

« Il est classique de rechercher si la pression du pouce de l'observateur, interrogeant successivement toutes les apophyses épineuses, ne déterminerait pas, au niveau de l'une d'elles, une douleur localisée. C'est un signe infidèle et de fort peu de valeur ». Broca.

IX. — Les Viscéralgies

Nous avons relevé également deux cas de viscéralgies d'origine lombaire :

Obs. L 3 Pott D 11 - D 12 Obs. L 15 Pott D 11 - D 12

Nous n'avons pas porté nos recherches particulièrement sur l'étude des viscéralgies d'origine Pottique. Elles ont fait l'objet de la thèse toute récente de Rose Giret (1938). Mais il est un point qui, nous semble-t-il, n'a pas été assez mis en valeur dans ce travail : En effet, les syndrômes abdominaux d'origine Pottique soulèvent un double problème :

D'une part, il y a la douleur d'origine viscérale, mécanique ou nerveuse qui peut fort bien exister au cours du mal vertébral ; d'autre part, il y a l'erreur de diagnostic, c'est-à-dire la mauvaise interprétation d'une symptomatologie d'origine ostéo-musculaire, mise sur le compte d'une lésion viscérale. C'est la pseudo-viscéralgie.

Nous ne nous occuperons ici que de la véritable viscéralgie.

Nous n'en avons relevé que deux cas au cours du Pott lombaire. Pour le reste, nous en réferrons uniquement à la thèse de Rose Giret.

Dans l'observation L 3, il s'agit d'un phénomène banal et très souvent rencontré au cours du Pott. Il relève du dynamisme intestinal. Le météorisme, la constipation, les troubles du transit, avec endolorissement de l'abdomen, prédominant dans les fosses iliaques, traduisent un état de parétisme du tube digestif. On conçoit fort bien qu'une algie cœcale, par fermentation et par stase dans le colon droit, puisse simuler une appendicite. Il n'en reste pas moins un fait viscéralgique dont on n'a pu ne pas établir correctement l'étiologie. C'est à cet état viscéral de l'intestin et du colon qu'il faut rattacher les fausses appendicites Pottiques et les syndrômes que Rose Giret appelle les états paradigestifs (colécystites, coliques hépatiques, entéro-colites et helminthiasis).

Dans l'observation L 15, la maladie débuta par un embarras gastrique. C'est bien là le cas d'épigastralgies revêtant l'aspect de troubles dyspeptiques. Ces épigastralgies ont été notées à plusieurs reprises par Imberdis, Laruelle, Ramond et Jacquelin, leur donnant le terme de « gastro-radiculites ». Par ailleurs, elles ont pu revêtir l'aspect de crises gastriques du type entièrement comparables à un cas observé par nous, au cours d'un cancer vertébral, et qui céda au repos et à la radio-thérapie.

Avec Imberdis, André Thomas, Sorrel, Vito-Witting et Rose Giret, nous croyons qu'il faut attribuer à ces viscéralgies d'origine Pottique un point de départ sympathalgique. Mais il faut les distinguer des pseudo viscéralgies, par correspondance des dermatômes, suivant la théorie de Head.

II. — LES ALGIES POTTIQUES, D'ORIGINE DORSALE

Le Mal de Pott dorsal de l'adulte présente un aspect clinique tout différent du mal vertébral lombaire : il est moins fréquent ; les déformations y sont beaucoup plus accentuées : « Les Pottiques portent leur bosse dans le dos » dit Ménard : et il nous a semblé que les manifestations douloureuses y étaient plus discrètes, plus tardives.

Notre documentation nous a permis de relever ?? types de manifestations douloureuses, subjectives ou objectives : certaines nous ont paru analogues à celles du Pott lombaire : nous les étudierons rapidement. D'autres lui sont propres et méritent une étude plus approfondie. Ce sont :

- les dorsalgies,
- les douleurs intercostales,
- les sensations dysesthésiques des membres,
- les douleurs fulgurantes,
- les douleurs gibbeuses.

I. — Les Dorsalgies

De même que les lombalgies, les dorsalgies réalisent deux aspects cliniques.

Une fois, nous avons noté, au début d'un Pott, des crampes dorsales, matinales, du réveil :

Obs. D 3 Pott D 5 - D 6

La nature de ces douleurs est entièrement superposable aux lombalgies. Il s'agissait de crampes, que le malade dérouillait le matin.

Deux fois nous avons observé des courbatures vespérales de fatigue :

Obs. D 3 Pott D 6 - D 7

Obs. D 2 Pott D 4 - D 5 - D 6

Ces courbatures sont entièrement comparables aux lombalgies vespérales : elles apparaissent dans le cours de la journée ; elles sont exagérées par l'effort et par la fatigue. Elles n'entraînaient pas d'insomnie, et semblaient se distinguer des lombalgies par leur bénignité affective.

La nature myalgique de ces douleurs, de même que celles des lombalgies, ne nous a pas semblé devoir être mise en doute.

Cependant, un fait surtout nous a paru devoir être distingué : c'est leur topographie : dans les deux cas que nous avons observés, ces douleurs dorsales avaient une diffusion affective toute différente.

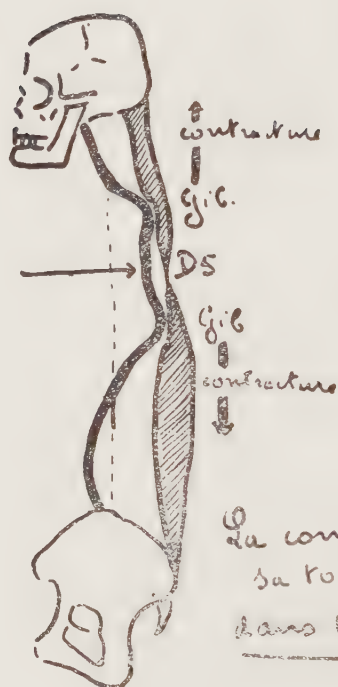
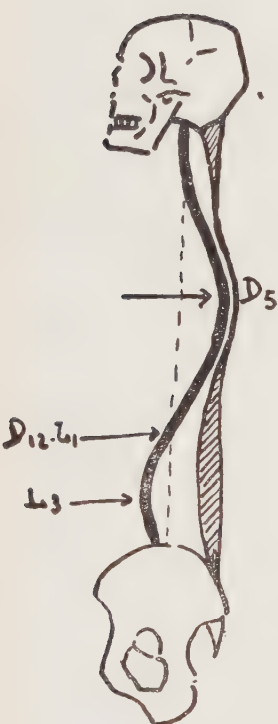
Dans la première observation, il s'agissait d'un Pott D 5 - D 6. La myalgie prenait naissance un peu plus bas, de chaque côté, dans les gouttières rachidiennes et remontait jusqu'à l'occipital, où elle s'exacerbait.

Dans la deuxième observation d'un Pott D 6 - D 7, la myalgie, au contraire, descendait de chaque côté dans les gouttières rachidiennes, jusqu'aux commissures sacro-iliaques...

Ce fait paraît avoir quelque importance parce qu'il souligne la concomitance de la myalgie et de la contracture, et leur développement par rapport à la statique vertébrale.

Le sommet de la cyphose dorsale normale passe en effet à la hauteur de la 5^e dorsale, à peu près. Il nous a semblé que toute lésion Pottique qui tend à incurver le rachis en avant, ait un retentissement musculaire à propagation cervicale au-dessus, à propagation lombaire au-dessous des 4^e, 5^e dorsales. Nous croyons devoir rapprocher ce phénomène de la physiologie de la paroi abdominale dans laquelle on décrit l'ombilic comme centre de résistance vers lequel convergent toutes les forces musculaires de la paroi abdominale (Traité d'Orthopédie-Physiologie du Rachis - G. Huc). Il pourrait en être de même pour la 5^e dorsale.

Ces notions ont quelque importance, car elles peuvent expliquer certains phénomènes paradoxaux. Nous lui attribuons une certaine valeur pratique dans l'interprétation des myalgies de



La contracture,
sa topographie
dans la statique vertébrale

contracture, pour savoir si elles agissent dans le sens statique vertébral, permettant un diagnostic avec certaines contractures viscérales, celles des tumeurs médullaires en particulier.

II. — Les douleurs intercostales

7

Trois fois, nous avons observé des douleurs intercostales funiculo-radicales :

Obs. D 1 Pott D 8 - D 9 Obs. D 2 Pott D 6 - D 7
Obs. D 4 Pott D 6 - D 7

Ces douleurs intercostales se topographient exactement sur un ou deux métamères intercostaux. Leur siège : la douleur objective à l'émergence des nerfs, les rapprochent en tous points des douleurs en ceinture et surtout des douleurs radiculo-funiculaires des membres, décrites dans le Pott lombaire. Comme dans ces cas, elles nous ont paru incriminer au premier chef le funicule et des phénomènes circulatoires du trou de conjugaison.

Nous avons noté que les émergences intercostales pouvaient être particulièrement douloureuses à la pression. Mais elles peuvent ne pas l'être toutes : l'émergence antérieure ou postérieure, ou une seule de celles-ci, participant à la douleur objective.

Nous avons noté également que, seules, les émergences nerveuses, peuvent être douloureuses, à défaut de toute topoalgie en ceinture.

Dans le cas de l'observation D 2, cet endolorissement par îlots aux émergences était caractéristique. Il précéda, de longtemps, l'apparition de la douleur en ceinture, réalisant une zone douloureuse interscapulo-vertébrale gauche, très localisée à l'émergence postérieure, et une hyperalgésie sous mamelonnaire gauche, caractéristique du dermatome de D 6.

L'algie intercostale peut être parcellaire, localisée aux émergences postérieures, moyennes et antérieures ; il faut la reconnaître : elle a la même valeur de diagnostic.

Une seule fois, nous avons noté des douleurs intercostales pseudo-névralgiques en ceinture, elles nous ont paru surtout constrictives. A cause de leur maximum postérieur, de leur irradiation en avant, de leur affectivité très atténuée, nous les avons rattachées à la pathogénie sympathique ou ostéo-articulaire, en tous cas, somato-rachidienne ou prévertébrale.

III. — Les sensations dysesthésiques des membres

Deux fois, nous avons noté des manifestations dysesthésiques des membres. Dans les cas, ils accompagnaient une paraplégie :

Obs. D 1 Pott D 8 - D 9 Obs. D 2 Pott D 6 -

Dans un cas, elles siégeaient aux membres inférieurs : dans un autre, elles siégeaient aux membres supérieurs.

Ces manifestations ont été étudiées par Leriche et son école. Barré leur a donné une signification très précise au cours des compressions médullaires.

Il a précisé qu'il s'agissait de sympathalgies. Elles se caractérisent par des manifestations batardes de fourmillements, de faiblesse, de troubles sudoraux, vaso-moteurs ou thermiques. Elles accompagnent des compressions médullaires, et leur committance à des paraplégies pottiques est habituelle :

Dans l'observation D 1 la présence de ces symptômes aux membres supérieurs, en rapport avec une compression de D 8 - D 9 avait une allure paradoxale. En fait, il s'agissait d'un syndrome sus-lésionnel d'ordre sympathique. Le classique Phénomène de Vulpian : « Il faut savoir que la région dorsale supérieure de la moelle peut avoir une influence plus ou moins considérable sur les membres supérieurs. D'abord les lésions doivent influencer la température de ces membres puisque les nerfs vaso-moteurs des membres supérieurs proviennent de la région de la moelle qui s'étend de la dernière vertèbre cervicale à la 7^e dorsale ». (VULPIAN).

IV. — Les douleurs fulgurantes

Nous ne les avons observées qu'une fois, au cours des Potts dorsaux : Obs. D 5 Pott D 8 - D 9. Elles étaient provoquées, mais non spontanées.

Nous croyons cependant que c'est un symptôme que l'on peut rencontrer souvent dans le Pott Pottdorsal. Comme il a été

prouvé, son origine est cordonale. C'est l'expression même de la douleur médullaire.

V. — Les douleurs gibbeuses

Nous n'avons pas rapporté d'observations de douleurs gibbeuses de siège dorsal. Il est évident qu'elles ont les mêmes caractères que celles de siège lombaire. Elles sont également plus fréquentes, parce que les gibbosités dorsales sont de beaucoup les plus accentuées et les plus constantes.

En fait, dans aucun cas, la percussion ni la résonnance au diapason des vertèbres malades n'a été douloureuse, traduisant par là même la présence de douleurs d'origine osseuse.

III. — LES ALGIES POTTIQUES D'ORIGINE CERVICALE

Les Potts cervicaux sont les plus rares, mais leur symptomatologie douloureuse nous a paru assez riche.

Nous avons observé ?? cas douloureux. Il nous ont permis d'individualiser un certain nombre de douleurs. Certaines ont quelques caractères particuliers. La plupart ne sont qu'une manière d'être des algies jusque là notées, dues à la localisation dans ce segment rachidien.

Ce sont :

- Les torticolis,
- les douleurs funiculo-radiculaires,
- les douleurs pseudo-névralgiques,
- les sensations dysesthésiques des membres et les phénomènes sympathiques,
- les douleurs fulgurantes,
- les douleurs d'abcès,
- les viscéralgies.

I. — Les Torticolis

Nous avons observé des torticolis à types de courbatures cervicales vespérales. Ils cédèrent au décubitus, à l'immobilisation, au repos. Ils nous ont paru entièrement superposables aux lombalgies et aux dorsalgies.

Leur nature musculaire, en rapport avec la contracture des muscles cervicaux, est des plus vraisemblable. Mais la direction différente de chacun des principaux groupes musculaires cervicaux leur confère trois aspects cliniques particuliers :

— *Le Torticolis trapézien* a été noté dans l'observation C 1.

C'était un Pott cervical moyen : C 3 - C 4 - C 5. Il expliquait l'allure de l'algie cervico-scapulaire, et sa prédominance au début de l'affection sur la partie postéro-supérieure du moignon de l'épaule, sur l'acromion, aux points d'insertion scapulaire du muscle.

Elle s'étendit par la suite, prédominant cependant aux insertions inférieures scapulaires et supérieures occipitales.

— *Le Torticolis postérieur.*

Le torticolis postérieur des muscles de la nuque a été observé dans l'observation C. 2 Pott C 6 - C 7 - D 1).

Ce torticolis traduit la contracture des muscles de la nuque, et en particulier, du complexus et du splenius, dont les insertions inférieures atteignent la région dorsale supérieure et descendent jusqu'à la 4^e et la 6^e vertèbre dorsale. C'est cette algie de contracture qui explique la parenté des douleurs cervicales et dorsales supérieures, l'une et l'autre se traduisant par la même manifestation algique, « un poignard planté entre les deux épaules ».

— *Le torticolis sterno-mastoïdien.*

Le torticolis sterno-mastoïdien a été observé dans un cas de Mal de Pott sous-occipital (Obs. C 4).

Nous avons cru retrouver sa description dans les remarquables travaux de Bergmann et dans la thèse de Lucien Rousset. Ces auteurs décrivent en effet une algie mastoïdienne et retro-mastoïdienne qu'ils considèrent comme d'origine névralgique.

En fait, il nous a semblé qu'il s'agissait d'une douleur de contracture, intéressant le sterno-cloïdo-mastoïdien, et plus particulièrement, son trousseau fibreux d'insertion mastoïdienne.

II. — Les Douleurs funiculo-radicales

Ces douleurs ont été notées dans deux observations :

Obs. C 1 Pott C 6 - C 7 - D 1 Obs. C 3 Pott C 4 - C 5 - C 6

Aux deux foyers de localisation de ces deux maux de Pott correspondaient deux territoires d'algies radiculo-funiculaire.

Dans le premier cas, les douleurs irradiaient dans les territoires C 8 - D 1 du bras ; elles avaient tous les caractères des funiculalgies, sur lesquelles nous ne reviendrons pas.

Dans le second cas, la douleur était thoracique supérieure ; elle correspondait au territoire de la 4^e cervicale. C'était une douleur en chape, avec manifestations objectives de douleurs à l'émergence nerveuse. ..

III. — Les Douleurs pseudo-névralgiques

Nous avons cru déceler un cas de douleurs pseudo-névralgiques au cours du Mal de Pott cervical (Obs. C 3).

Il s'agissait d'une douleur en barre étendue d'une épaule à l'autre, de caractère constrictif et pongitif, sans signes objectifs. Comme pour les autres Potts, nous l'avons considéré d'origine sympathique ou plutôt articulaire, en tous cas, elle n'entrait ni dans le cadre de radiculalgies, ni dans celui des funiculalgies.

IV. — Les sensations dysesthésiques des membres et les phénomènes sympathiques

L'observaiton C 3 décrit le seul cas que nous ayons de sensations dysesthésiques par compression cervicale. Cette sensation dysesthésique accompagnait une diplégie brachiale ; elle se caractérisait par des fourmillements, des crampes et des impressions de chaleur dans les deux membres supérieurs. Comme dans les autres compressions médullaires, nous lui avons reconnu une origine sympathalgique.

C'est à ces phénomènes sympathiques que nous rattacherons des phénomènes douloureux décrit par Barré au cours des arthrites chroniques sous le nom de : « Syndrome Sympathique cervical postérieur ».

Il s'agit de phénomènes douloureux entièrement subjectifs auxquels Barré reconnaît une étiologie purement sympathique.

Il oppose ce syndrome algique à un syndrome objectif de Claude Bernard Horner.

Ce syndrome se caractérise par une céphalée occipitale, des troubles vertigineux, des troubles visuels, des bourdonnements d'oreille, un abaissement de la voix et une sensibilité particulière de la région profonde du cou.

Ces phénomènes ont été observés plusieurs fois au cours du mal vertébral par notre Maître le Docteur Georges Huc. Il leur reconnaît la même étiologie que Barré. Comme celui-ci, il met en cause le nerf sinu-vertébral.

V. — Les Douleurs fulgurantes

Nous avons observé deux cas de douleurs fulgurantes :

Obs. C 1 Pott C 6 - C 7 - D 1 Obs. C 3 Pott C 4 - C 5 - C 6

Dans la première observation, ces douleurs étaient provoquées et spontanées ; dans la deuxième observation, elles étaient uniquement spontanées, survenaient brutalement, en éclair, atrocement douloureuses : elles prenaient naissance sur la ligne médiane dans la région cervicale moyenne, se propageaient d'un coup, tantôt dans le membre supérieur droit, tantôt dans le gauche ; elles cessaient en quelques secondes. Elles accompagnaient une diplégie brachiale. Nous avons démontré par ailleurs que ce type de douleurs était d'origine cordonale.

VI. — Les Douleurs d'abcès. — Les Viscéralgies

Nous avons observé qu'un cas de douleurs d'abcès, encore que dans les Potts cervicaux ce type de douleurs revête l'aspect de viscéralgie : Obs. C 2.

Il est classique de dire en effet, et nous le rappelons à ce propos, que la dysphagie, la dyspnée, sont les deux signes principaux qui doivent orienter vers l'abcès rétro-pharyngien des Potts cervicaux, abcès qui se propage dans la gaine du long du cou.

LA DOULEUR POTTIQUE

CHAPITRE III

CLASSIFICATION DES FAITS

Après avoir recueilli les faits douloureux du mal vertébral, après leur avoir donné une interprétation pathogénique, nous croyons qu'il convient de leur attribuer une classification.

Les aspects de l'algie Pottique sont extrêmement nombreux. C'est dans le cadre du segment rachidien que nous avons mené jusqu'ici nos recherches. Ces aspects dépendent, en réalité, de deux facteurs essentiels :

- l'étage rachidien en cause,
- les tissus atteints.

Il va de soi que l'étage rachidien en cause confère au mal une physionomie particulière. En cela, la douleur obéit aux lois physio-pathologiques du Mal de Pott, qui font que les douleurs statiques et dynamiques du rachis, le contenu du canal médullaire, la topographie des racines nerveuses, donnent à chaque étage un tableau pathologique qui mérite d'être isolé.

Si cela est vrai au point de vue clinique, il semble cependant que les lois de la douleur suivent des règles plus générales, qui sont celles de la sensibilité, et que ces règles soient retrouvées d'une façon constante, quel que soit le segment rachidien intéressé.

Nous ne discuterons pas ici les hypothèses de l'origine et des conditions de la douleur. Avec Leriche et certains auteurs contemporains, nous dirons seulement que nous ne croyons pas à la spécificité des organes récepteurs de la douleur.

Nous pensons cependant que chaque tissu a une modalité affective différente, qui tient, soit à sa structure, soit à son mode d'innervation, soit à la nature de cette innervation.

Cette spécificité de l'affectivité tissulaire avait été pressentie par les Allemands qui décrivirent la douleur profonde « Dumpf-Schmerz », et la douleur superficielle « Hell-Schmerz ». Elle a

été reprise récemment par les Anglais Thomas Lewis et Kellgren. Ces auteurs considèrent que la qualité, la topographie, l'acuité même de la douleur, dépendent du tissu atteint, quel que soit le stimulus. Celui-ci n'interviendrait, dans une certaine mesure, que comme agent d'intensité.

Ce principe de la douleur rejoint donc la loi de l'énergie spécifique des sensations, formulée en 1826, par J. Muller :

— Le même système sensoriel, excité par des excitants différents produit la même sensation.

— Le même excitant, porté sur des systèmes sensoriels différents, produit des sentions différentes.

Mais ce principe refuse de voir, dans la structure tissulaire, des organes adaptés à la réception affective. Il considère la douleur comme résultat d'une sensation anormalement intense.

Kellgren écrivait récemment encore :

« The quality of pain provoked from somatic structures depends more than upon the structures stimulated than upon the nature of the stimulus ».

C'est pourquoi nous nous sommes efforcés de reconnaître aux algies Pottiques une détermination tissulaire. Nous les avons classées en algies musculaires, nerveuses, articulaires osseuses, cutanées et viscérales.

I. — Les myalgies Pottiques

Les myalgies Pottiques réalisent la manifestation douloureuse de beaucoup la plus fréquente. Nous l'avons observé dans 80 % des cas. Elles sont également les plus fréquentes des douleurs Pottiques. Elles sont l'algie d'alarme ; leur évolution est strictement parallèle à la contracture. Elles semblent directement en rapport avec elle. Elles cèdent au repos, à la chaleur, aux injections novocaïnées intra-musculaires. Elles sont exagérées par la fatigue et par l'effort ; elles sont réveillées par le mouvement. Elles siègent sur l'étendue du muscle, lorsqu'elles sont intense. Mais le maximum de la douleur, le point qui la réveille au début, lorsqu'elle est peu marquée correspond à l'union

des portions musculaires et tendineuses du muscle et au tendon lui-même.

Ce fait est important, car, c'est dans le tendon et aux inter-sections tendino-muscleuses que se trouve le plus grand nombre des organes sensitifs musculaires. Sans entrer dans le détail de l'histophysiologie de ce dispositif, admirablement étudiée par Regaud, nous pouvons donner les conclusions auxquelles cet auteur aboutit.

La prédominance de l'innervation sensitive est indiscutablement tendino-aponévrotique. Elle est assurée par des corpuscules de Ruffini. Mais ce sont des organes neuro-tendineux de Golgi ou dispositifs épiténaux qui caractérisent l'innervation tendineuse. Ils sont orientés dans le sens des fibres tout près du corps musculaire ; leur fonction mesurerait l'effort développé. C'est dire leur importance dans l'algie de contracture.

Les fuseaux neuro-musculaires ou dispositifs épimysiaux, situés du côté charnu de l'aponévrose d'insertion, sont spécifiques de l'innervation de la fibre striée. Ils mesureraient la force, le degré de la contraction. Corpuscules épiténaux, épimysiaux, relèveraient de sensations non identiques, mais du même genre. Les fuseaux seraient des systolesthésiomètres. Les corpuscules de Gorgi, des dynamomètres de la contraction (REGAUD).

Queles que soient ces vues un peu théoriques et un peu hypothétiques de l'innervation sensitive des muscles, il n'en reste pas moins vrai que c'est le tendon et les parties juxta-tendineuses qui sont les plus richement innervés. Ceci explique le maximum de la sensibilité douloureuse du muscle au niveau de son tendon. Et c'est là qu'un muscle extériorise sa douleur ; c'est là qu'elle est reportée, « refferred », dit Thomas Lewis.

Le Mal de Pott lombaire donne des myalgies qui atteignent trois groupes musculaires :

Les masses sacro-lombaires, le plus souvent, (18 fois sur 23).

Le psoas.

Les muscles de la sangle abdominale plus rarement.

La lombalgie caractérise la douleur des masses sacro-lombaires.

Elle siège dans les gouttières latéro-rachidiennes, mais elle est plus marquée aux points d'insertion des masses sacro-lombaires, dans l'angle des épines iliaques postérieures, sur la face postérieure du sacrum. C'est là qu'on doit réveiller la douleur au stade le plus frustré d'une contracture douloureuse. Elle est décelée par deux manœuvres : le palper de l'insertion musculaire dans les contractures légères, le pincement des masses sacro-lombaires contracturées. Ces deux manœuvres sont douloureuses.

La douleur crurale caractérise la contracture douloureuse du psoas.

Elle siège dans le pli de l'aîne et parallèlement à lui. Elle est réveillée par le palper de la partie antéro-interne de la racine de la cuisse, dans l'extension, abduction du membre.

La douleur en ceinture, par contracture douloureuse des sangles abdominales, siège dans le flanc, sous les côtes : mais elle est maximum en arrière aux points d'insertion des aponévroses de la sangle, au bord externe des masses sacro-lombaires. Elle s'atténue en avant.

Elle est réveillée par la manœuvre du pincement du flanc où l'on sent le muscle contracturé. Telle est la pathologie des haubans musculaires, particulièrement contracturés dans le Pott lombaire.

Le Mal de Pott dorsal donne des myalgies qui atteignent les muscles des gouttières latéro-vertébrales, et que nous avons appelées dorsalgies. Elles sont relativement moins fréquentes que les lombalgies : deux cas sur six.

Mais nous avons retenu surtout le fait qu'elles peuvent agir soit vers le bas, soit vers le haut, à partir du sommet de la cyphose dorsale, résultant d'une contracture qui agit dans le sens de la statique vertébrale.

Le mal de Pott cervical donne des torticolis. Les torticolis cervicaux réalisent trois types de myalgies :

le torticolis trapézien

le torticollis sterno-mastoïdien

le torticollis postérieur des muscles de la nuque.

Le torticollis trapézien est caractérisé par son siège cervico-scapulaire-postérieur ; et par ses deux points douloureux à ses insertions occipitales et acromiales. Le pincement du bord supéro-externe du muscle réveille une douleur particulièrement désagréable.

Le torticollis sterno-mastoïdien donne une algie mastoïdienne retro-oriculaire et sous-angulo-maxillaire. Le pincement de l'insertion tendineuse mastoïdienne du muscle est très douloureux.

Le torticollis des muscles postérieurs de la nuque donne une douleur des gouttières latéro-cervicales. Il se prolonge jusqu'aux insertions les plus basses du splenius et du complexus, qui atteignent les 5^e et 6^e vertèbres dorsales. Leurs insertions basses et nuquales sont les plus douloureuses.

Les myalgies Pottiques réalisent donc le symptôme affectif le plus fréquent du Mal vertébral. Son importance est fonction de la mobilité du segment rachidien atteint.

II. — Les névralgies Pottiques

Nous désignons sous ce terme, bien qu'il prête à confusion, toutes les algies d'origine nerveuse.

Elle réalise trois types de douleurs qui rejoignent la description, devenue classique, du syndrome médullaire. Ce sont :

- Les douleurs radiculo-funiculaires,
- les sympatholgies ;
- les douleurs cordinales.

Ces manifestations subissent des variations d'ordre topographique suivant le métamère médullaire atteint. Mais à chaque segment rachidien, elles conservent leur allure générale qui permet de les reconnaître.

Les douleurs radiculo-funiculaires se caractérisent essentiellement par leur topographie. Elles atteignent des racicules en rapport avec le foyer infectieux. Le plus souvent, elles s'accompa-

guent de douleurs aux émergences nerveuses et à l'élongation des nerfs. L'exagération par la toux et l'éternuement est sans valeur. Leur bilatéralité n'est pas particulièrement constante au cours du mal vertébral. Leur tonalité affective est variable : parfois, elles sont continues, comme chroniques ; parfois elles s'exagèrent en crises névralgiques très pénibles sur un fond d'endolorissement permanent. Ces crises apparaissent à horaire fixe, durent un temps variable, et se calment peu à peu. Ce dernier phénomène nous a paru en rapport avec un processus évolutif plus sévère.

L'étiologie de ces algies relève au premier chef du trouble de conjugaison, des poussées congestives, de la stase circulatoire dont il peut être le siège (Sicard et Forestier).

Au cours du Pott lombaire, ces douleurs radiculo-funiculaires intéressent le membre inférieur, sous forme de : sciatique, méralgie, de crurite. Parfois, les Potts de la 11^e dorsale peuvent donner une douleur en ceinture basse, dont le siège correspond au segment intéressé.

Au cours du Pott dorsal, ces algies revêtent l'aspect de névralgies intercostales. Elles y acquièrent une certaine importance en raison de la discrétion des phénomènes myalgiques. Les points douloureux, parfois hyperesthésiques, à l'émergence des nerfs intercostaux nous ont semblé constante. Dans certains cas, ils ont existé en l'absence de toute topoalgie intercostale. Cette algie des dermatômes a la même valeur sémiotique, à condition d'être reconnue et authentifiée.

Au cours des Potts cervicaux, ces mêmes névralgies radiculo-funiculaires revêtent l'aspect cervico-brachial, en rapport avec le segment atteint. Les plus basses se propagent dans le membre supérieur, les plus hautes restent cervico-scapulaires. Au cours du mal sous-occipital, elles peuvent donner une névralgie du nerf d'Arnol : c'est là un fait classique que nous n'avons pas eu la chance d'observer.

Les sympathalgies peuvent siéger aux membres supérieurs

ou aux membres inférieurs, suivant le segment rachidien atteint, ou paralytiques. Au cours des compressions dorsales, à partir du 7^e segment, elles peuvent intéresser les membres supérieurs. Ce phénomène suslésionnel, décrit par Barré, a été observé par nous au cours du Mal de Pott. Ces sympathalgies ont une qualité affective modérée ; elles se traduisent par des fourmillements, des sensations dysesthésiques et des troubles sudoraux (Vulpian).

Les douleurs cordonales sont caractérisées par leur très grande intensité. Ce sont des douleurs fulgurantes, en éclair. Spontanées ou provoquées par un choc, elles durent quelques secondes, immobilisent sur place. « Je croyais mourir de douleur », disait une malade. Elles sont l'expression même de la douleur médullaire. Leur topographie est souvent difficile à préciser. Elles prennent naissance dans le rachis, se propagent d'un coup dans un membre, bras ou jambe, suivant le côté ou le segment atteint.

Elles sont le plus souvent unilatérales. Ce sont les douleurs que le Pottique redoute le plus.

III. — Les pseudo-névralgies

Du fait même de leur caractère, ces douleurs auraient été pressenties par les Anciens Auteurs, comme relevant d'étiologie très particulières, qui ne méritait pas le cadre des algies nerveuses. Elles n'ont ni l'aspect des douleurs radiculo-funiculaires, ni celui des myalgies.

Ces douleurs sont continues, permanentes, ne se topographient pas, dans un territoire nerveux, mais plutôt à la hauteur d'une certèbre ou d'un disque atteint.

Elles sont ponjonctives, constrictives : c'est là leur caractère capital. Elles sont permanentes, égales à elles-mêmes. Elles ne s'accompagnent d'aucunes manifestations objectives, d'aucun point douloureux. Leur maximum est postérieur, leur irradiation antérieure reste imprécise ; c'est plutôt une affectivité d'irradiation. Mais ce qui les caractérise surtout c'est cette notion de serrement, de poids, de barre pesante, de constriction. Nous les avons noées dans les trois segments rachidiens. Nous les consi-

dérons comme d'ordre ostéo-articulaire ou, tout au moins, comme relevant de l'innervation amyélinique des vertèbres et des ligaments rachidiens, ou sympathique prévertébral, et du nerf nerf-sinu vertébral.

IV. — Les Viscéralgies

Sans nous étendre particulièrement sur ce mode de manifestations douloureuses, qui a fait l'objet d'études récentes, nous la considérons comme fréquente, sinon habituelle, au cours du Mal de Pott. Nous croyons que le météorisme abdominal, la constipation, les troubles du transit intestinal, les embarras gastriques, les vomissements incoercibles, et toutes manifestations purement viscérales qu'on rencontre, soit au début, soit en cours d'évolution du Mal de Pott, relève d'un trouble sympathique qu'il ne faut pas méconnaître et qu'il faut restituer à sa véritable étiologie.

V. — Les douleurs gibbeuses

L'endolorissement du sommet de la saillie Pottique ne nous a jamais paru devoir impliquer une algie osseuse. Il s'est toujours agi d'atteinte inflammatoire, mécanique, de callosités des tissus superficiels irrités par la saillie gibbeuse.

VI. — Les douleurs d'abcès

Les douleurs d'abcès sont caractérisées par leur unilatéralité, leur lancinance, leur pulsatilité. Ce sont les seules douleurs qui peuvent survenir normalement au cours d'un mal de Pott immobilisé ; leur acuité, leur importance nous a surtout semblé en rapport avec une surinfection endogène ou exogène.

Tels sont les différents aspects des algies du mal vertébral. Leur classification tissulaire explique leurs nombreuses modalités. Le polymorphisme des aspects cliniques que peut revêtir l'affection et les difficultés diagnostiques qu'elle donne à résoudre. Nous allons voir la valeur sémiotique qu'il convient de leur accorder.

LE DIAGNOSTIC DES DOULEURS POTTIQUES

Les douleurs Pottiques sont en général une manifestation fonctionnelle du mal vertébral non traité. Elles sont exceptionnelles, lorsque le malade est rigoureusement immobilisé depuis quelque temps.

En dehors des observations que nous avons prises, et qui servent à notre documentation, nous avons vu et interrogé un nombre considérable de malades, soit dans le service du Docteur Richard, à Berck, soit à l'Institut Hélió-Marin du Docteur Delahaye, soit au centre orthopédique de l'armée du Docteur Dubeau, soit enfin dans le service de notre maître, le Docteur Georges Huc.

C'est un aphorisme presque absolu, qui doit servir de base à toute discussion diagnostique, qu'un Pott convenablement immobilisé depuis plus de deux mois ne souffre plus. S'il est des exceptions, elles ne relèvent que de causes très particulières : abcès, troubles de statique vertébrale, immobilisation insuffisante ou de trop courte durée.

La douleur est donc un fait au début du Pott, mais elle peut survenir également chez un ancien Pottique à titre de rechute ou de récurrence.

On est donc appelé à discuter l'étiologie de l'algie Pottique dans deux conditions :

Au début du mal vertébral, le problème est de savoir si ce signe fonctionnel a quelque valeur et doit servir à étayer le diagnostic.

Chez un ancien Pottique, toute la question revient à préciser si l'algie a une valeur sémiotique suffisante pour faire parler de rechute ou de récurrence.

I. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DU SYMPTÔME DOULEUR AU DÉBUT DU MAL VERTÉBRAL

Le signe le plus constant, le plus précoce du Mal de Pott est la myalgie.

L'algie de contracture a-t-elle en elle-même, une valeur dia-

agnostique ?

Au premier examen, il semble qu'en effet, la signification diagnostique de la myalgie des muscles vertébraux et prévertébraux ait peu de valeur. On la rencontre dans une multitude d'affections viscérales et vertébrales.

Les myalgies d'origine viscérale tout d'abord peuvent relever de causes extrêmement variées.

Dans la région lombaire, on les rencontre :

Dans les affections rénales, et en particulier, au cours de la lithiase ;

Dans les affections gynécologiques : salpingite, rétroversion ;

Dans l'arthrite sacro-iliaque (Obs. S 1) ;

Dans les affections neurologiques, la sciatique en particulier, avec réactions antalgiques ;

Dans les étiologies multiples et souvent indéterminées, on doit toujours évoquer le Mal de Pott.

A la région dorsale, cette myalgie de contracture peut être le fait :

de pleurésie, ou de pachypleurite chronique ;

d'affection médiastinale ;

de tumeur médullaire.

A la région cervicale, les torticolis peuvent résulter :

d'affection otitique ou mastoïdienne ;

voir d'une tumeur de la fosse cérébelleuse.

Cependant, en dehors des autres symptômes, et des diverses recherches qui peuvent ramener ces myalgies à leur étiologie véritable, l'étude même de ces contractures peut permettre, dans certains cas, d'éliminer les causes viscérales.

En présence d'une myalgie para ou juxta vertébrale, il faut toujours poser la question de la statique rachidienne.

Il faut définir les muscles intéressés, rechercher si elle prédomine d'un côté, si elle est uni ou bilatérale ; si elle est segmentaire ou étendue. Mais surtout, il est capital de faire l'épreuve du repos et d'une thérapeutique sédative.

« L'épreuve du repos au lit ou l'épreuve du temps sont sou-

vent des moyens de diagnostic d'une valeur trop méconnue », dit Georges Huc. C'est dans ces cas que nous croyons que de sa séduction le syndrome myalgique tire toute sa valeur.

Les causes rachidiennes de la myalgie ne sont pas moins nombreuses, et il semble que la signification diagnostique du symptôme soit plus problématique.

Les reprendre, les unes après les autres, serait développer toute la pathologie rachidienne. Toute donnent des algies de contractures :

Les unes sont d'ordre mécanique ou traumatiques ;

Des lombalgies de contracture peuvent résulter de scolioses méconnues, de lordoses fixées, de spondilolisthésis, de lombosacralisations, d'entorses de la 5^e lombaire. Une simple fracture parcellaire, à plus forte raison, une malade de Kummel-Verneuil, peut les réaliser.

Nous pourrions rapporter à ce sujet maintes observations ; nous en avons noté quelques-unes :

Nous avons relevé ces observations pour montrer que toute lésion de la colonne dorso-lombaire a un retentissement constant de myalgie de contracture. Qu'elle se traduit presque de façon inéluctable aux points d'insertion des masses sacro-lombaires, quelle que soit la lésion et son siège. C'est le « low back pain » des auteurs anglais.

Nous croyons cependant que, si l'algie de contractures du Pott se présente à peu près les caractères des autres affections, il intervient en fait, une question de degré. En présence d'une myalgie sévère, d'une contracture marquée, mieux vaudra penser à une arthrite vertébrale.

Mais nous ne croyons pas que la myalgie puisse dépasser ce stade diagnostic.

Au cours d'une atteinte vertébrale chronique ankylosante, ou aigüe, d'ordre infectieux, typhique, staphylococcique, streptococcique, ou mélitococcique. Au cours des ostéoporoses, au cours des cancers vertébraux à plus forte raison, elle nous a paru revêtir le même aspect (vir obs. D. D. 5).

En résumé, il semble donc que les myalgies de contracture ont surtout un intérêt *topographique* ; elles peuvent orienter vers le rachis ; elles peuvent permettre de déterminer le segment atteint. Dans certains cas, par sa bénignité apparente, elle peut faire éliminer le Mal de Pott.

Nous ne croyons pas cependant qu'il faille tabler sur ce symptôme. Pris ainsi, en lui-même, il peut relever de causes multiples. Et c'est peut-être parce qu'on ne le juge pas à sa valeur réelle qu'on a pu être conduit à de multiples erreurs.

Les douleurs nerveuses sont beaucoup plus rares. Elles n'en ont pas moins une valeur localisatrice et diagnostique beaucoup plus considérables. Elles sont de trois ordres, nous l'avons vu : Radiculo-funiculaires, cordonales et sympathalgiques ; toutes n'ont pas la même signification.

Les douleurs radiculo-funiculaires incriminent le trou de conjugaison. C'est dire que, moins fréquentes que les myalgies, leurs conditions étiologiques restent nombreuses. Cependant, leurs causes ne sont que rachidiennes.

Les unes sont ostéo-articulaires ;

Les autres sont médullaires.

Toute lésion vertébrale peut être à l'origine de douleurs radiculo-funiculaires : les infections de la colonne vertébrale, typhélite et ostéo-myélitique, les spondylites syphilitiques ou surtout rhumatismales infectieuses aiguës, les arthrites ankylosantes, et l'on sait l'importance exagérée et peu vraisemblable qu'on a fait jouer à ces dernières dans l'étiologie des sciaticques.

Les déformations ou malformations vertébrales peuvent être également en cause : scoliozes, lordoses fixées, anomalies d'une cinquième lombaire, côtes cervicales, spondylolithésis. Les traumatismes vertébraux, à types de maladie de Kummel-Verneuil, de méniscites vertébrales atrophiques peuvent être invoqués.

Les cancers vertébraux, enfin, secondaires aux primitifs, donnent des algies radiculo-funiculaires qui ressemblent en tous points aux manifestations Pottiques du même ordre.

Les causes médullaires ne sont pas moins fréquentes. En

dehors des tumeurs extra et introduire-mériennes, des syndrômes neurologiques, nous citerons ici une étiologie qui semble prendre part prépondérante dans ces algies, au titre de compression médullaire, la hernie nucléaire.

A son sujet, la thèse de Mauric, les communications de Petit-Dutaillis, ont été à l'origine de multiples observations. Douleur constante, sans modification, suivant l'attitude du rachis, à prédominance unilatérale, sont les caractères prédominants et distinctifs en pareil cas. De même, l'hypertrophie du ligament jaune a pu être incriminée dans des conditions analogues.

La signification diagnostique de la douleur radiculo-funiculaire est donc restreinte. Cependant, il est des cas où son caractère pourrait avoir quelque valeur. Ce n'est pas forcément sa bilatéralité qui est en faveur du Pott. On peut la rencontrer d'un seul côté. Ce n'est pas le fait d'être rebelle à toute thérapeutique sédative. Il incrimine toutes les causes que nous avons passées en revue.

Par contre, son caractère névralgique, paroxystique, sous forme de crise douloureuse, dont nous rapportons cinq observations n'a été noté par nous qu'au cours du Mal de Pott. Nous ne croyons pas devoir lui en réserver l'exclusivité, mais admettrions facilement qu'elle soit la traduction d'un processus infectieux d'atteinte vertébrale, qui expliquerait ces bouffées congestives et inflammatoires du trou de conjugaison.

Les douleurs cordonales, les douleurs sympathalgiques, de même que les douleurs radiculo-funiculaires, font partie d'un syndrome de compression médullaire ; mais leur signification a beaucoup plus de valeur. En pratique, elles doivent toujours évoquer l'obstacle médullaire, surtout lorsqu'elles accompagnent la douleur des racines, ce qui est la règle au cours du mal vertébral.

C'est donc uniquement l'étiologie d'un syndrome de compression qu'il faut rechercher. Nous ne croyons pas que, au cours de la compression Pottique, ces douleurs aient un caractère discriminatif qui puisse les distinguer des autres compressions.

Les douleurs pseudo-névralgiques ont été retirées par nous du

cadre des douleurs nerveuses. Nous avons dit pourquoi nous ne leur reconnaissons aucun caractère neurologique et pourquoi leur allure affective nous permettrait de poser l'hypothèse de douleurs à point de départ articulaire. Or, quelle que soit leur signification sémiologique, nous ne les avons retrouvées dans aucune des affections vertébrales autres que le Mal de Pott ou les arthrites vertébrales infectieuses. Nous avons dit par ailleurs, qu'elles étaient également le fait des aortites abdominales et de certaines médiastinites posérieures. C'est donc que leur diagnostic différentiel se pose assez rarement et qu'elles peuvent être considérées comme de valeur indiscutable lorsqu'elles accompagnent un syndrome douloureux radiculaire des membres, et à plus forte raison des signes de compression médullaire. Encore faut-il pouvoir les authentifier.

La douleur osseuse ne nous a paru exister que très rarement au cours du mal vertébral : dans nos observations nous ne l'avons pas rencontrée une seule fois. Son absence n'en a pas moins une certaine valeur. Ainsi pourraient être éliminées les spondylites infectieuses aiguës et surtout le cancer vertébral.

Si l'aspect général de cette observation n'était pas très différent de celle qu'aurait pu donner un Mal de Pott, du moins, la douleur osseuse au diapason a été notée. Ce signe seul n'a jamais pu être observé par nous au cours des Potts authentiques. Nous lui accordons une grande valeur discriminative entre le cancer vertébral et le Mal de Pott. Nous croyons que dans certains cas, il puisse apporter un argument de valeur au diagnostic.

Les douleurs gibbeuses traduisent une atteinte inflammatoire du tissu cellulaire. Elles peuvent aller jusqu'à la formation de callosités ; elles n'ont, par conséquent, aucun intérêt diagnostique. Elles peuvent être la cause d'erreurs multiples. Par leurs seules possibilités, elles doivent faire rejeter définitivement le geste de la pression et de la percussion des épineuses.

Les viscéralgies du Pott posent un problème diagnostique souvent difficile à résoudre. Nous avons distingué par ailleurs les pseudo-viscéralgies et les viscéralgies proprement dites.

Nous ne développerons pas ici le problème des pseudo-viscéralgies. Ces douleurs ne sont pas rapportées à leurs véritables causes : c'est la classique erreur de diagnostic sur laquelle on est revenu en maintes circonstances.

Il en va de même pour les douleurs nocturnes de soubresaut. On les rencontre au cours de toutes les algies, quelle que soit leur étiologie ; mais c'est au cours des paraplégies spastiques qu'elles peuvent atteindre une acuité sur laquelle Vincent et Darquier ont insisté récemment, mais rien ne permet de les rattacher à une affection plutôt qu'à une autre.

Quant aux douleurs d'abcès, leur existence n'est pas habituelle. Bien souvent, la collection s'établit à bas bruit. Nous croyons que bien souvent c'est au cours d'un Pott en traitement qu'elles peuvent apparaître. On doit reconnaître leurs causes qui signent la poussée évolutive de l'affection.

II. — VALEUR DIAGNOSTIQUE DU SYMPTÔME DOULEUR AU COURS DES RECHUTES ET DES RÉCIDIVES

Les rechutes, les récidives du mal vertébral posent un problème toujours grave. En présence d'un Pottique apparemment guéri ou en voie de guérison, l'apparition de douleurs éveille la possibilité de rechutes et de récidives. Mais il peut s'agir également de troubles de la statique vertébrale, de compensations, d'équilibre mal établi, qui sont également facteurs de douleurs.

Nous avons rapporté à ce sujet, et à l'étude de ce diagnostic différentiel, quelques observations (Obs. L 19 - L 22).

Nous avons étudié chez ces malades les caractères des douleurs, nous nous sommes efforcés de déterminer la valeur diagnostique de celles-ci. En fait, les Potts, qui redeviennent douloureux, s'accompagnent de contractures, traduites par la myalgie. Ils peuvent s'accompagner également de phénomènes radiculo-funiculaires, et, nous ne croyons pas que ces algies aient un caractère discriminatif qui puisse faire distinguer la douleur de récidive de la douleur de statique vertébrale. Mieux vaut dès

lors s'adresser aux autres symptômes fonctionnels et physique , à l'atteinte de l'état général, aux réactions biochimiques, dont les résultats concordants peuvent infirmer ou confirmer le diagnostic.

TRAITEMENT DE LA DOULEUR POTTIQUE

L'algie Pottique relève de conditions pathogéniques extrêmement variées. Au cours de nos recherches dans l'étude de nos observations nous nous sommes également efforcés d'établir les données d'une action thérapeutique.

Dans la règle, le Pottique vient consulter parce qu'il souffre. Le diagnostic posé, la sanction thérapeutique commande l'immobilisation. Or, c'est un fait d'expérience que la mise au repos d'un mal vertébral, l'application du lit dur, impose au malade une période extrêmement pénible.

D'une part, l'adaptation au cadre rigide nécessite quelques jours ; d'autre part, le décubitus des premiers jours provoque indubitablement de l'insomnie et une exagération des phénomènes douloureux. C'est la période dite de décontracture. Elle nécessite près d'une dizaine de jours, si l'autorité du médecin est suffisante, si la docilité et la patience du malade se prêtent à cette règle.

Une phase d'assouplissement lui fait suite et les phénomènes douloureux disparaissent peu à peu. Cependant, il est des cas où le malade supporte difficilement cette recrudescence douloureuse, où il incrimine un traitement mal conduit, et où il n'observe pas le décubitus absolu qui s'impose. C'est alors qu'on peut assister à une persistance anormale des phénomènes douloureux, de la myalgie et des contractures en particulier.

C'est donc à cette période d'adaptation que nous nous sommes efforcés d'apporter une thérapeutique qui puisse permettre une mise en train plus facile de l'immobilisation dans un cadre et dans une coquille.

Le Pottique, nous l'avons vu, souffre au premier chef des myalgies de contractures : ce sont ces myalgies qui s'exaspèrent, avant de céder à l'immobilisation.

Nous croyons devoir leur appliquer une thérapeutique sédative locale et générale.

Dès que le malade est immobilisé, nous faisons injecter, sui-

vaut les cas, un ou deux centig. de chlorhydrate de morphine par 24 heures. Parallèlement, injection de la novocaïne à 1/200 à l'union des portions tendineuses des muscles contracturés et douloureux.

Dans le Mal de Pott lombaire, nous avons été amenés à injecter ainsi :

les masses sacro-lombaires, à la hauteur des épines iliaques.

le tendon d'insertion des muscles de la sangle, par trois injections superposées, au bord externe des masses sacro-lombaires.

le tendon du psoas, par une injection profonde traversant la masse des adducteurs, et atteignant le Petit Trochanter, par voie interne, sous le plancher de l'auto musculaire.

Nous avons infiltré les gouttières rachidiennes dans les Potts dorsaux.

Nous n'avons pas eu l'occasion d'infiltrer, au cours du mal vertébral cervical les muscles des torticolis. Nous l'avons fait cependant, dans d'autres étiologies, avec succès.

Cette thérapeutique locale amène un soulagement immédiat des myalgies.

Les injections de morphine maintiennent cette cédation et évitent dans la règle le retour des myalgies. Elles apportent un calme salutaire à une adaptation physiquement et moralement pénible.

En pratique, nous croyons qu'il est ainsi possible de décontracturer un malade en quelques heures et d'appliquer rapidement un appareillage plâtré.

Cette thérapeutique, qui a une action certaine sur les myalgies, provoque une accalmie des phénomènes névralgiques et pseudo-névralgiques. L'immobilisation fait progressivement le reste. En un mois, un Pottique, immobilisé strictement, ne doit plus souffrir.

Les viscéralgies, les crises gastriques d'intolérance, nous ont paru bénéficier de l'atropine et des compresses chaudes abdominales.

CONCLUSIONS

— Un mal vertébral en évolution est douloureux, tant qu'il n'est pas immobilisé.

— Un mal vertébral immobilisé, mise à part l'abcédation, ne fait souffrir que rarement.

— Les algies Pottiques sont nombreuses : les plus fréquentes sont les myalgies. Leur constance est presque la règle. Elles ont la valeur d'un symptôme, la même valeur que la contracture, dont elles sont la traduction fonctionnelle.

Elles sont d'autant plus marquées que le segment rachidien atteint est plus mobile.

— Les douleurs nerveuses sont moins fréquentes. Elles entraînent le retentissement sur l'axe médullaire, du foyer infectieux.

— Les douleurs pseudo-névralgiques méritent d'être isolées. Elles semblent être la douleur articulaire. Elles ne sont pas d'une constance absolue. Leur présence nous a paru presque caractéristique de l'arthrite.

— La douleur au niveau de la gibbosité traduit la poussée inflammatoire des tissus superficiels ; la calosité.

— La douleur osseuse n'existe que très rarement au cours du Mal de Pott.

— Les viscéralgies doivent faire incriminer un processus d'ordre sympathique.

— Les douleurs d'abcès tirent leur importance de la surinfection endogène ou exogène.

Dans leur ensemble, certains Potts semblent beaucoup plus douloureux que d'autres. Leur allure affective, ou quasi indolente, ne nous a pas paru relever de leur siège. Peut-être ferait-elle intervenir la rapidité de l'évolution, l'état biochimique ou endocrinien de l'organisme (Calcémie, équilibre surrénalien, ovarien, thyroïdien). Il s'agit là de pures hypothèses.

— Les douleurs pottiques peuvent bénéficier d'une thérapeutique sédative :

au premier chef le décubitus ;

ensuite les injections de novocaïne dans les muscles douloureux, la morphine à la dose nécessaire qui amènent un soulagement, voir une sédation complète qui n'est pas négligeable au début d'une immobilisation toujours pénible.

OBSERVATIONS	MYALGIES						NEURALGIES				
	Schémas	Lombaires	Psoïques	Abdomin.	Radic. Fun.	Sympath.	Cordona.	pseu. névr.	Viscéralg.	D. superficiel	D. d'Abdo
DOULEURS du MAL de POTT LOMBAIRE											
1		+			+		+	+			
2		+			+		+			+	
3		+						+	+	+	
4		+	+		+						
5				+	+						
6					+						
7		+	+	+			+				
8		+		+			+			+	+
9		+					+	+			+
10					+						
11											
12		+	+		+						
13		+									
14		+			+						

Observations	Schémas	MYALGIES			NEURALGIES			Pseudo-Neural	Viscéralgies	Doul. Superf.	Doul. A. Dées
		Lombaires	Psoïques	Abdomin.	Ra dic. Fun.	Sympath.	Cordonales				
LI5					+					+	
LI6		+									
LI7		+									
LI8		+									
LI9			+		+						
L20		+			+		+			+	
L21		+			+						
L22		+					+				+
L23		+		+							

DOULEURS du MAL de FOTT DORSAL

		Dorsalgies	Ra dic. Fun.	Sympath.	Cord.	Visc.	Doul. Superf.	Doul. A. Dées
DI			+	+				
D2		+	+	+				
D3		+						
D4			+					

[illegible]

TABLE DES MATIÈRES

Introduction

Ire Partie. - La Douleur Pottique.

Chapitre I. Les faits.

Chapitre II. L'Analyse des faits.

Chapitre III. La Classification des faits.

IIme Partie. - Le diagnostic de la douleur Pottique.

IIIme Partie. - Le Traitement de la douleur Pottique.

Conclusions.

